

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à pessoa idosa na UBS/ESF Vila Central, Cantá/RR**

**Yumila Teresa Pardillo Hernandez**

**Pelotas, 2015**

**Yumila Teresa Pardillo Hernandez**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa, na UBS/ESF Vila Central,  
Cantá/RR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família EaD da Universidade Federal de  
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta  
do SUS, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Pâmela Moraes Volz

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

H557m Hernández, Yumila Teresa Pardillo

Melhoria da Atenção à Pessoa Idosa na UBS/ESF Vila Central,  
Cantá/RR / Yumila Teresa Pardillo Hernández; Pâmela Moraes Völz,  
orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

113 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da  
Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de  
Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso  
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Völz, Pâmela Moraes, orient.  
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

#### Dedicatória

A minha avó por fazer de mim o que sou.

A mi esposo por seu apoio imensurável.

A meu pai, exemplo de trabalho e superação.

A minha orientadora pela sua ajuda  
indispensável na realização deste sonho.

Ao povo brasileiro que me acolheu como filha.

## **Agradecimentos**

A meu esposo por seu incentivo no desenvolvimento desta tarefa.

A minha orientadora Pâmela Moraes Volz, pois sem ela não seria possível à realização deste trabalho.

A minha equipe de saúde da família, impulsionadora desta tarefa.

Agradeço a todos aqueles que contribuíram de uma forma ou outra na conquista desta etapa de minha superação profissional.

## Resumo

PARDILLO HERNANDEZ, Yumila Teresa. **Melhoria da atenção à pessoa idosa na UBS Vila Central, Canta/RR**. 2015. 113. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O mundo está envelhecendo rapidamente e, em consequência disso, é necessário definir estratégias para um acesso integral, equitativo, resolutivo e um atendimento humanizado e de qualidade para essa população. O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como objetivo melhorar a atenção à saúde do idoso na UBS/ESF Vila Central, Canta, RR. O projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas, mas por solicitação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – EAD, a intervenção foi desenvolvida em apenas 12 semanas. Ao longo desse período, cadastramos 137 idosos, atingindo uma cobertura de 74,5%. Dentre as ações que atingiram 100% de qualidade destacam-se: Avaliação Multidimensional Rápida, exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada, visita domiciliar a usuários acamados ou com problemas de locomoção, verificação de pressão arterial na última consulta, rastreamento para diabetes mellitus, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, busca ativa a idosos faltosos a consulta, avaliação de risco para morbimortalidade, avaliação para fragilização na velhice, orientação nutricional para hábitos saudáveis e prática regular de atividade física e orientação sobre higiene bucal e tabagismo. A reorganização da atenção à pessoa idosa na UBS/ESF Vila Central também promoveu o trabalho multidisciplinar, promoveu a capacitação de todos os integrantes da equipe e garantiu a participação ativa da comunidade e dos líderes comunitários na tomada de decisões.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; saúde do idoso, assistência domiciliar, saúde bucal.

## Lista de Figuras

Figura 1 - UBS Vila Central após ser reconstruída.....	12
Figura 2 - Reunião com os gestores da Secretaria Municipal de Saúde.....	56
Figura 3 - Reunião com os gestores do município de Cantá.....	57
Figura 4 - Divulgação do projeto de intervenção .....	58
Figura 5 - Capacitações dos profissionais de saúde .....	60
Figura 6 - Capacitação dos profissionais da equipe.....	60
Figura 7 - Visita domiciliar .....	62
Figura 8 - Visita domiciliar .....	62
Figura 9 - Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso .....	69
Figura 10 - Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida .....	70
Figura 11 - Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.....	71
Figura 12 - Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada .....	73
Figura 14 - Proporção de idosos com verificação da pressão arterial.....	75
Figura 15 - Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico .....	78
Figura 16 - Proporção de idosos com a primeira consulta odontológica .....	78
Figura 17 - Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa .	80
Figura 18 - Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia .....	82
Figura 19 - Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa .....	82
Figura 20 - Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade .....	84
Figura 21 - Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice .....	85
Figura 22 - Proporção de idosos com avaliação da rede social .....	86
Figura 23 - Proporção de idosos que receberam orientação nutricional .....	87
Figura 24 - Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular .....	88
Figura 25 - Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia .....	89

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CSPI	Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HPV	Vírus de Papiloma Humano
HPV	Vírus de Papiloma Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LACEN	Laboratório de Análise Clínico Especializado Nacional
RR	Roraima
SAMU	Sistema Avançado Médico de Urgência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberto do Sistema Único de Saúde



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	20
2 Análise Estratégica .....	22
2.1 Justificativa.....	22
2.2 Objetivos e metas.....	24
2.2.1 Objetivo geral.....	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	24
2.3 Metodologia.....	26
2.3.1 Detalhamento das ações .....	26
2.3.2 Indicadores .....	41
2.3.3 Logística.....	46
2.3.4 Cronograma .....	54
3 Relatório da Intervenção.....	55
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	55
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	63
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	64
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	65
4 Avaliação da intervenção.....	68
4.1 Resultados .....	68
4.2 Discussão.....	89
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	95
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	98
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	101
Referências .....	105
Anexos .....	106

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família-Modalidade EDA, promovido pela Universidade Federal de Pelotas e mostra um panorama sobre a área de abrangência da UBS Vila Central, pertencente ao município Cantá - RR. O trabalho é constituído por uma intervenção que teve como objetivo melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa da Unidade de Saúde Vila Central. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho que estão interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional que foi desenvolvida na unidade 1 do curso, abordando a situação da ESF/APS e o comportamento na saúde do idoso na UBS. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica, resultado da construção de um projeto de intervenção realizado ao longo de 12 semanas durante a terceira unidade do curso. A quarta parte corresponde a avaliação dos resultados da intervenção, onde constam gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Também são expostas ações previstas e realizadas para alcançar as metas esperadas e a viabilidade dessas ações serem implementadas na rotina na UBS. Na quinta parte que constitui a última encontra-se a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e a implementação da intervenção. No final do volume encontra-se os anexos e apêndices necessários para a realização do trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família iniciou no mês de abril 2014, e sua finalização ocorreu no mês de junho 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) está localizada no estado Roraima, município Cantá. De acordo com as estimativas do IBGE, nosso município tem 14.500 habitantes. Para atender essa população contamos com 5 equipes de estratégia de saúde da família (ESF). O nome da UBS é Vila Central e está localizada a 30 km da sede do município. Minha área é rural e têm 200 km quadrados de extensão, o que dificulta o acesso dos usuários para chegar até a unidade de saúde.

Além disso, dentro da área de abrangência temos vicinais e vilas, onde a equipe faz intervenções frequentes. Contamos com duas unidades de saúde para prestar atendimento, uma delas na Vila Santa Rita e a outra na Vila São Raimundo.

Nossa equipe de saúde está constituída por um médico clínico geral, um enfermeiro, três técnicos de enfermagem, 12 agentes comunitários de saúde e três microscopistas para análise e, consequente diagnóstico de malária. Não temos outros profissionais que compõem a equipe. Cada uma das unidades de saúde já mencionados, (Santa Rita e São Raimundo) estão constituídas por um técnico de enfermagem e agentes comunitários (o número varia dependendo da quantidade de famílias por vilas) e um microscopista.

O município do Cantá (na sede) presta atendimento de urgência e emergência, e contamos com o Sistema Avançado Médico de Urgência (SAMU), o

que facilita a remoção dos usuários com a segurança necessária. Também existe uma equipe odontológica no município que fica na UBS sede, prestando atendimento a toda a população. Além disso, temos um laboratório clínico onde são realizados os exames laboratoriais e uma farmácia centralizada que fornece medicamentos para as UBS das vilas.

Os usuários que precisam de exames radiológicos e outros exames laboratoriais mais complexos, assim como atendimentos especializados, são encaminhados para os hospitais da capital do estado, que neste caso é Boa Vista.

Nossa UBS é um local adaptado e conta com uma recepção, um consultório médico e uma sala que é utilizada para atividades múltiplas, como por exemplo: realização de teste rápido e lâmina para diagnóstico de malária, sala de enfermagem e uma pequena farmácia. Temos uma cozinha e um banheiro, para uso da equipe de saúde. Contamos com consultas agendadas e, além disso, prestamos atendimento à demanda espontânea. Durante as tardes realizamos visitas domiciliares, assim como, ações de promoção e prevenção em saúde.

A informação para a população sobre o horário de funcionamento da unidade de saúde, ações programáticas realizadas, consulta com a médica e com o enfermeiro, assim como, trabalho com os grupos específicos são disponibilizadas pela equipe e ficam em lugares visíveis na unidade de saúde.

As doenças mais frequentes na nossa área de abrangência são as infectocontagiosas, tais como: leishmaniose, hanseníase, malária, dengue e tuberculose. Além disso, temos também as doenças de transmissão sexual como gonorreia, sífilis e vírus de papiloma humano (HPV). As ações de saúde estão focadas primeiramente nestas doenças, pela alta morbidade que tem apresentado a comunidade. Além disso, temos outros grupos específicos como o grupo de hipertensos e diabéticos, mas ainda faltam grupos por priorizar e organizar, como grupo de gestantes.

A saúde é um direito de todos e cada um e nossa equipe está procurando elevar ao máximo a qualidade do atendimento, procurando realizar a avaliação do risco e da vulnerabilidade em saúde da população na área adstrita.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Cantá está localizado na região centro-oeste do estado de Roraima. Possui uma extensão territorial de 7.664,831 Km<sup>2</sup> e está à 35 Km de Boa Vista, capital do estado. O município limita pelo norte com o município Boa Vista, pelo sul com o município de Caracaraí, pelo leste com o município de Bonfim e pelo oeste com o município de Boa Vista, Mucajaí e Iracema. A densidade demográfica é 1,81 habitantes por Km<sup>2</sup>. A área é rural. A população em 2010 era de 13.902 habitantes e, em 2014 é de 15.774 habitantes (IBGE 2014). No centro do município são oferecidos serviços de fisioterapia, no Centro de Fisioterapia Manoel Pacheco Menezes, e de Atendimento de Urgência através do Sistema Avançado Médico de Urgência (SAMU). Cantá conta com cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) com equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF): Centro de Saúde Sebastião Rodrigues da Silva, Confiança III, Vila Central, Felix Pinto, Serra Grande II e Santa Cecília. Além destas, existem 14 UBS tradicionais, sendo que 3 pertencem a área indígena. O município não conta com UBS de média ou alta complexidade. A UBS Sebastião Rodrigues da Silva está situada na sede do município e oferece o serviço de laboratório clínico para todas UBS. Cabe destacar, que a UBS em questão conta apenas com um bioquímico, que presta atendimento para todas as equipes de saúde da família existentes no município de Cantá. Os exames especiais são oferecidos no Laboratório de Análise Clínico Especializado Nacional e os exames de maior complexidade, como os radiológicos, são realizados na capital do Estado, com demora de aproximadamente 30 dias. Já os exames especiais como mamografia, por exemplo, são disponibilizados no Centro de Imagem e no Centro de Referência da Mulher, que estão localizados na capital do Estado, e demoram mais de 30 dias para serem realizados. Além disso, temos um farmacêutico na UBS sede, com uma farmácia centralizada onde o usuário pode buscar os seus medicamentos. No entanto, é esse farmacêutico que disponibiliza medicamentos para as todas as UBS do município de acordo com as necessidades da população cadastrada. As imunizações são realizadas diariamente na UBS sede do município e, para que as demais UBS ofereçam serviços de vacinação para a população da área de

abrangência, é necessário solicitar autorização e planejamento da Secretaria Municipal de Saúde. Não contamos com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mas segundo os gestores de saúde, o projeto está aprovado e deve iniciar em novembro de 2014. O município também não conta com o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), nem com atenção especializada ou serviço hospitalar.

A UBS Vila Central é uma unidade rural e está configurada para seguir o modelo da ESF. As doenças mais frequentes na nossa área de abrangência são as infectocontagiosas, tais como: leishmaniose, hanseníase, malária, dengue e tuberculose. Além disso, temos as doenças de transmissão sexual como gonorreia, sífilis e vírus de papiloma humano. Existe mapa da área geográfica de abrangência que é territorialmente extensa (200 Km<sup>2</sup>), tendo vicinais e vilas, onde a equipe faz intervenções frequentes para realizar ações de promoção de saúde e para prestar atendimento médico. Dentro da área de abrangência da ESF Vila Central, existem 2 Vilas que possuem UBS, denominadas Santa Rita e São Raimundo. Também estão incluídas vicinais dentro da área de abrangência que pertencem as UBS, por exemplo, Vicinal 1 e Confiança 3, pertencentes à área da UBS Santa Rita. A UBS Vila Central (figura 1) constitui a unidade de saúde polo da área de abrangência, distante aproximadamente 40 Km das outras duas UBS.



**Figura 1 - UBS Vila Central após ser reconstruída**

A UBS Santa Rita está localizada a 69 Km da sede do município e a 34 Km da UBS Vila Central, já a UBS São Raimundo está localizada a uns 49 Km da UBS

pólo. Neste sentido, a área de abrangência da UBS apresenta ampla extensão territorial, o que resulta no deslocamento diário da equipe de saúde, ou seja, da médica e do enfermeiro, para as vilas e vicinais fora da UBS, mas dentro da área de abrangência.

A equipe de saúde está constituída por uma médica clínica geral, um enfermeiro, três técnicos de enfermagem e 12 agentes comunitários de saúde. Além dos componentes da equipe mínima, temos um auxiliar de serviços gerais ou limpeza em cada unidade. E, como nosso estado tem uma alta incidência de malária, também contamos com o serviço de dois microscopistas: um na UBS polo e um na UBS Santa Rita. Também contamos com 9 agentes de endemias distribuídos na área de abrangência.

A UBS Vila Central está alocada em um local provisório, pois a unidade está em reforma. Por isso, apresentamos algumas dificuldades com a estrutura física. Não contamos com um ambiente específico para recepção/arquivo de prontuários, não temos sala de espera, sala de reuniões, sala de vacina, nem consultório com sanitário. Como a recepção é muito pequena, a área externa da UBS também é utilizada como sala de espera, onde ficam cadeiras para os usuários aguardarem o momento de seu atendimento. Assim, parte dos usuários fica na área externa da UBS e, a outra parte, fica na recepção, em outras cadeiras organizadas de forma que otimize o fluxo. Não temos sala de vacina e não temos sala de nebulização. As nebulizações são realizadas em um local próximo à recepção, mas não é totalmente separado desta. O armazenamento de medicamentos é realizado num local multiuso, pois não temos farmácia propriamente dita. Esse espaço é utilizado pelo técnico de enfermagem e, quando necessário, pelo microscopista no momento de fazer alguma análise laboratorial. Apesar de termos um consultório médico sem sanitário, existe um lavatório na saída do consultório com torneiras que precisam do uso das mãos. Como não temos exaustor, todos os ambientes têm janelas, para facilitar a circulação de ar e a iluminação natural. Não existem condições estruturais ótimas para usuários com incapacidades físicas ou visuais, pois a UBS possui uma pequena escada na entrada, não possui espaço suficiente para manobras de usuários com cadeira de rodas, nem banheiros adaptados para essas pessoas. Isso é um problema para os usuários e para a equipe de saúde. Para auxiliar o deslocamento, os profissionais ajudam os usuários a entrar na UBS, mas o corredor fica estreito para as manobras de entrada e saída de cadeirantes. Os medicamentos

são disponibilizados frequentemente pela secretaria de saúde, mas algumas vezes, o fornecimento de alguns medicamentos para o tratamento de doenças agudas é afetado. Não temos medicamentos fitoterapêuticos e homeopáticos, uma variante interessante e útil para os usuários. Nestas áreas é frequente a utilização de chá feito das plantas medicinais. Nossa UBS não tem microcomputador, nem câmeras fotográficas, nem conexão com internet, o que se constitui uma limitação para o uso, por exemplo, do TeleSaúde e de outros serviços importantes de intercâmbio, superação e interconsultas virtuais, que poderiam facilitar o trabalho da equipe. Uma dificuldade enfrentada pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e que é discutida pela equipe, é a ausência de meios de transporte na nossa área de abrangência. A estratégia da secretaria de saúde tem sido a contratação dos ACS nas suas comunidades, o mais perto dos locais de moradia, o que facilita o trabalho deles e resulta numa boa comunicação da equipe com a comunidade.

Os profissionais da equipe de saúde desenvolvem diversas ações, como por exemplo, identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, identificação de grupos de agravos, com sinalização de equipamentos e redes sociais. O cuidado em saúde da população da área de abrangência é frequentemente realizado no domicílio e nas escolas. Para aqueles usuários que não tem condições financeiras para se deslocarem até a UBS sede, a equipe de trabalho resolveu coletar os exames laboratoriais na própria UBS para que o enfermeiro possa realizar o transporte do material até a UBS sede. Todos os profissionais da equipe de saúde realizam busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas e realizam a notificação compulsória de doenças e agravos. Além disso, temos um levantamento dos usuários, moradores na área de abrangência, que necessitam de cuidado domiciliar. Os encaminhamentos para especialidades, internação hospitalar, serviços de pronto atendimento e pronto socorro são realizados e coordenados pela equipe, segundo protocolos. Os integrantes da equipe de saúde agendam as consultas em outros níveis de atenção, assim como os exames complementares. Essa é uma estratégia de organização e responsabilização da equipe de saúde para oferecer uma resposta positiva para aqueles problemas que não podem ser solucionados no próprio município. De acordo com o perfil demográfico na UBS, resultado do cadastramento que está sendo atualizado pelos ACS, a área de abrangência da UBS possui 843 famílias constituídas por 3.372 habitantes. Possuímos 1863 homens, 1509 mulheres, 140 crianças menores de 72 meses, 1112



mulheres em idade fértil e 137 idosos. Com relação à organização do atendimento para a demanda espontânea, destacamos que o acolhimento é realizado na recepção e que todos os profissionais participam dessa ação. No horário de abertura da UBS e sempre que possível toda a equipe trabalha em conjunto para oferecer um acolhimento com a maior qualidade. Após a escuta ativa dos usuários, é realizada a triagem e organizado o atendimento. Quando existe excesso de demanda, o médico e o enfermeiro rapidamente dão início as suas atividades específicas e, os outros profissionais da equipe, ficam realizando o acolhimento durante todos os turnos de funcionamento da UBS. Assim, todos os usuários, independente do horário e do turno, têm as suas necessidades escutadas e acolhidas.

Existe protocolo de atendimento de puericultura na minha UBS, produzido pelo Ministério da Saúde, do ano 2011. Além disso, contamos com o protocolo de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde do ano 2010. Na UBS não existe o Estatuto do Idoso, nem existe nenhum Programa de Atenção ao Idoso implantado. O protocolo de atendimento para usuários com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e de câncer de mama, são de 2011. Existe protocolo de atendimento pré-natal na UBS, produzido pelo Ministério da Saúde, Manual Técnico do Pré-natal do ano 2006. Esses protocolos são utilizados pela médica clínica geral, enfermeiro e técnicos de enfermagem.

Até o momento, cadastramos 59 (84%) crianças menores de um ano residentes na área de abrangência. Destas, 54 (92 %) foram atendidas de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, 7 (12%) apresentaram atraso em mais de 7 dias da consulta agendada. O teste do pezinho e a triagem auditiva foram realizados até os 7 dias em 55 (93 %) crianças. As mães e/ou responsáveis pelas outras 4 crianças que não realizaram os testes nesse período foram orientadas para ir no hospital ou nas unidades em Boa Vista. Não existe sala específica e com as condições necessárias para a realização do teste do pezinho e da triagem auditiva no município. A primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida foi realizada em 51 crianças (86 %) e 53 crianças (90%) estão com as vacinas em dia. As orientações para aleitamento materno exclusivo e para a prevenção de acidentes foram oferecidas para as 59 crianças (100%) acompanhadas na UBS. Nossa UBS realiza atendimentos de puericultura todos os dias da semana, para todas as crianças, desde o nascimento até os 72 meses de vida. A puericultura é realizada

em todos os turnos de funcionamento da UBS. Após o atendimento, a criança sai da UBS com a próxima consulta agendada e marcada na caderneta da criança. Na puericultura são desenvolvidas ações como: diagnóstico de problemas clínicos, prevenção de anemia, prevenção de violências, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde bucal e mental. Também são orientadas a prevenção de doenças respiratórias e diarreicas agudas, verminose e doenças transmissíveis frequentes na nossa área de abrangência, como dengue, malária e tuberculose. Para o desenvolvimento das ações de educação em saúde temos três grupos de mães de crianças menores de 2 anos, um grupo na unidade de saúde Vila Central, um na unidade São Raimundo e um na unidade Santa Rita. Em média são realizadas três atividades de grupo por mês. Esse grupo especificamente atinge 78% das mães. De forma geral, as mães faltosas moram longe das UBS. Durante a puericultura, os profissionais da equipe de saúde ensinam o responsável da criança a acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor pela caderneta da criança. Existe baixa incidência de partos fora dos hospitais e sempre que acontecem são encaminhados para a maternidade, para que os testes do recém-nascido e a avaliação da mãe e da criança possam ser realizados.

A nossa UBS possui 29 (50,58%) gestantes cadastradas segundo estimativa e este indicador de cobertura está baixo. Destas, 23 (79%) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 26 (90%) apresentam consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde e 29 (100%) receberam requisição para a realização dos exames laboratoriais preconizados. As vacinas antitetânicas e contra hepatite B bem como a suplementação do sulfato ferroso foram administradas segundo protocolo do Ministério da Saúde em 100% das gestantes. A orientação sobre aleitamento materno foi oferecida desde as primeiras consultas de pré-natal e, nestas a equipe destaca as vantagens do aleitamento materno exclusivo, para a mãe, criança e a família. Embora o número estimado de partos na área de abrangência seja 70, apenas 51 mulheres realizaram consulta de puerpério (73%). Todas as 51(100%) mulheres consultaram antes dos 42 dias de pós-parto e tiveram seu estado psíquico avaliado. Apenas 3 mulheres (6%) apresentaram intercorrências no pós-parto e estas estavam relacionadas com a sepses puerperal e com a elevação dos níveis de pressão arterial (numa gestante com pré-eclâmpsia durante a gravidez). Dentre as ações desenvolvidas na minha UBS, para o cuidado das

gestantes, são realizados: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, ações de controle dos cânceres de colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de atividades físicas, promoção de saúde mental e bucal. Também são dadas orientações gerais sobre a importância da utilização de roupas cômodas, profilaxia de acidentes na moradia, profilaxia de infecções respiratórias e digestivas e medidas de prevenção de doenças frequentes na nossa área tais como, dengue e malária. A avaliação e classificação de risco gestacional são utilizadas desde a primeira consulta, com avaliação periódica durante as consultas realizadas pelas gestantes. Ademais, sempre são examinados fatores de risco familiares, pessoais e socioeconômicos durante toda a gestação. São realizadas atividades com grupos de gestantes na UBS com uma frequência de três atividades por mês. Essa estratégia facilita o acesso das gestantes às atividades de grupo, pois os mesmos são desenvolvidos perto do local de moradia. Das 29 gestantes cadastradas, 26 (89%) receberam assistência nas atividades do grupo.

O número de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área de cobertura e acompanhadas na UBS é de 423 (59%). Destas, 229 (54%) mulheres realizaram exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia e 134 (32%) estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso. Foi muito importante à organização dos serviços pela equipe de saúde para a realização do exame citopatológico de colo de útero em datas fixas e frequentes (estão sendo realizados quinzenalmente). Das 423 mulheres residentes na área de abrangência e acompanhadas pela UBS, 8 (2%) tiveram exame citopatológico alterado e 100% receberam avaliação de risco para o câncer de colo de útero. Coletamos 419 (99%) amostras satisfatórias do citopatológico de colo de útero. Temos 94 (60%) mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área de abrangência que são acompanhadas na UBS. Destas, 98 receberam requisição para a realização de mamografias, mas apenas 45 (48%) foram realizadas em dia. Nesse sentido, temos 49 (52%) usuárias com atraso na mamografia em mais de três meses. Isso constitui uma debilidade no programa de prevenção do câncer de mama e no trabalho da UBS. Mas apesar dos problemas relatados, 100% das mulheres acompanhadas na UBS são avaliadas com relação aos fatores de risco para o câncer de mama e são orientadas sobre prevenção do câncer de mama. No trabalho com a população feminina, são realizadas ações de educação da mulher para o

reconhecimento dos sintomas e sinais do câncer de útero e de mama. O exame clínico de mama e a coleta do exame citopatológico é realizado diariamente na UBS pelos profissionais da equipe de saúde em todos os turnos de atendimento. Dos prontuários revisados, existem 3 mulheres com diagnósticos de patologias de mama e as três foram acompanhadas de acordo com os protocolos (esses dados foram preenchidos do prontuário médico, e dos casos identificados no último ano, pois não temos conhecimento de dados mais antigos).

O número de hipertensos com 20 anos ou mais, residentes na área de abrangência da UBS é 312 (52%). Destes, 100% foram avaliados de acordo com estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 112 (36%) estavam com atraso na consulta agendada em mais de 7 dias e 96 (31%) estavam com exames complementares periódicos em dia. Todos os usuários portadores de hipertensão foram orientados sobre a prática de atividade física regular e alimentação saudável, mas apenas 34 (11%) realizaram a avaliação de saúde bucal. Os indicadores de cobertura de usuários com Diabetes Mellitus são similares aos indicadores dos portadores de hipertensão. Os usuários portadores de Diabetes Mellitus na área de abrangência da UBS totalizam 93 (54%). Todos foram estratificados por risco cardiovascular por critério clínico e 24 (26%) estavam com atraso na consulta agendada em mais de 7 dias. Os atendimentos de usuários portadores de diabetes mellitus faltosos às consultas foram realizados na visita domiciliar. Do total de usuários portadores de diabetes, 57 (61%) possuem exames complementares em dia e 100% tiveram o exame físico dos pés realizados nos últimos três meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medidas de sensibilidade. É estratificado o risco cardiovascular em adultos portadores de HAS e/ou DM, para tanto, são utilizados protocolos para regular o acesso dos usuários portadores de HAS e/ou DM para outros níveis do sistema de saúde. A equipe de saúde da UBS realiza atividades com grupos de adultos portadores de doenças crônicas não transmissíveis (HAS e DM), no âmbito da unidade de saúde. Em média é realizada uma atividade mensal, com 65% de assistência para o grupo de hipertenso e 61% no grupo de diabéticos.

Temos 132 (72%) idosos cadastrados na nossa UBS. Destes, 48 (36%) têm caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. A coordenadora de atenção básica do município já foi informada sobre esse problema e está providenciando caderneta para todos os usuários da área de abrangência. Os atendimentos dos idosos são

registrados no prontuário clínico e na caderneta do idoso e todos apresentam acompanhamento em dia. A avaliação multidimensional rápida foi realizada em 127 (96%) idosos. Dos 132 idosos, 35 (27%) são hipertensos e 6 (5%) são diabéticos. Nos 132 idosos foi realizada avaliação do risco para morbimortalidade e a investigação de indicadores de fragilização na velhice. As ficha-espelho de vacinas estão começando a ser preenchidas para a população da área de abrangência da UBS. Os profissionais de saúde da UBS avaliam a capacidade funcional global e nutricional da pessoa idosa, avaliam também a acuidade visual e auditiva e a incontinência urinária, por ocasião do exame clínico. Isso é realizado clinicamente, não contamos com ferramentas específicas para a realização dessas avaliações. Além disso, é avaliada a autonomia e dependência ou independência do indivíduo idoso. Os usuários são estimulados a realizarem a prática regular da atividade física na área de abrangência, mas não contamos com grupos para realização das atividades físicas, nem profissionais que se dedicam a esse trabalho. Começaram recentemente a ser realizadas atividades de saúde com os grupos de idosos no âmbito da UBS Vila Central. Com a realização da primeira atividade participam 19 (62%) usuários. Devemos mencionar que estas atividades estavam centralizadas apenas na sede do município na UBS polo e não se tinham estendido às outras UBS. Os idosos faltosos apresentam dificuldades no deslocamento (acamados ou que caminham com apoio). Na UBS Vila Central, o cuidado domiciliar é realizado em conjunto pela equipe de saúde. De acordo com o levantamento realizado, 8 usuários necessitam de cuidado domiciliar. A médica e o enfermeiro são os profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos.

Não contamos com profissionais que se dedicam à avaliação e monitoramento das ações programadas. Isso constitui uma debilidade no trabalho da UBS, pois esta se constitui como uma ferramenta de importante na avaliação de qualidade dos programas do Ministério de Saúde. Durante as reuniões da equipe, além do que foi discutido, também é organizado o processo de trabalho, a agenda da equipe e o planejamento das ações nas áreas de abrangência fora da UBS, nos vicinais e vilas, como são Santa Rita e São Raimundo. Além disso, são discutidos os indicadores de saúde do mês e os casos clínicos que preocupam a equipe de saúde da família. A discussão desses indicadores é muito importante, pois estabelece ações de saúde específicas para a realidade da comunidade.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Comparando o texto inicial e o Relatório de Análise Situacional, destacamos primeiramente que aprofundamos nossos conhecimentos sobre a situação da UBS, em cada aspecto mencionado. O texto inicial é pouco detalhado, se comparado com o relatório da análise situacional que é mais preciso e específico, aprofundando questões sobre as características da UBS, da área de abrangência e da cobertura e da qualidade das ações programáticas desenvolvidas pela UBS Vila Central.

Ao realizar o relatório da análise situacional, percebemos que a UBS não possui arquivos específicos para os registros dos atendimentos, o que constitui uma necessidade para o controle da cobertura e da qualidade da atenção oferecida nas diferentes ações programáticas. Isso nos fez pensar sobre a necessidade destes arquivos e a sua importância para a organização do trabalho na UBS. No relatório foram discutidos os indicadores de cobertura para o atendimento de gestantes, crianças, idosos, e usuários portadores de DM ou HAS, dados não mencionados no texto inicial. A equipe sentiu, por exemplo, a necessidade de intensificar o trabalho de busca ativa e cadastramento da população da área de abrangência. Ao concluir o texto inicial da ambientação e revisar o relatório da análise situacional, começamos a olhar o serviço de uma forma mais crítica, com uma necessidade de oferecer um serviço de maior qualidade. Dentre os indicadores de qualidade, o fator mais preocupante foi à inexistência de registros específicos das mulheres que realizaram rastreamento por meio da mamografia e a inexistência de programas específico voltado para a saúde do idoso.

Além disso, ao ler o relatório da análise situacional percebemos que não são produzidos relatórios com os resultados encontrados. Isso constitui uma debilidade, pois os relatórios contribuem para o melhor controle dos programas e é uma ferramenta para atingir os objetivos propostos. Ao revisar o texto inicial da ambientação vimos que mencionamos o município oferece atendimento de urgência e emergência, onde contamos com o Sistema Avançado Médico de Urgência (SAMU), com uma equipe odontológica no município que fica na UBS sede, com um

laboratório clínico onde são realizados os exames laboratoriais e uma farmácia centralizada que fornece medicamentos para as UBS das vilas. Já na revisão do relatório da análise situacional mencionamos a disponibilidade de serviços de fisioterapia, no Centro de Fisioterapia Manoel Pacheco Menezes que são de grande importância para o município.

Nossa principal riqueza é o trabalho em equipe, pois todos estão engajados nesta luta pela saúde e pretendem atingir os objetivos propostos pelo Ministério. O preenchimento dos questionários propostos pelo curso com toda a equipe, não só tem contribuído para unir a equipe da equipe de saúde com também tem proposto um caminho para garantirmos o engajamento público. Ainda falta muito para realizar, mas a participação de toda a equipe da UBS, é indispensável para isso, esse é o caminho correto. Além disso, a utilização dos materiais do curso de especialização em saúde da família, nas reuniões da equipe, tem mudado a forma de vermos o serviço. Sentimos a necessidade de organizar melhor o trabalho, de monitorar e avaliar as atividades realizadas na UBS. Também sentimos a necessidade de discutir os temas da especialização, incluindo o relatório da análise situacional nas reuniões que ocorreram na secretaria municipal de saúde, com intercambio das outras equipes do município, procurando estratégias para um atendimento de qualidade. Com a comparação dos documentos, podemos perceber que num primeiro momento a equipe a equipe analisou o serviço como um todo e, posteriormente, conseguiu voltar o seu olhar para cada programa de saúde. Muitas das perguntas dos questionários têm sido respondidas com o auxílio do pessoal da secretaria de saúde, por exemplo, a coordenadora de atenção básica.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

O mundo está envelhecendo rapidamente. No Brasil, por exemplo, se estima que existam aproximadamente 17,6 milhões de idosos (BRASIL 2006,2010). O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das limitações características dessa faixa etária, elas possam encontrar novas possibilidades de viver com maior qualidade vida. Para tanto, existem políticas de saúde que reconhecem o direito dos idosos e buscam garantir à igualdade de oportunidades (PORTELA, 2014). A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM nº 2.528) é um exemplo, pois além de definir a Atenção Básica/Saúde da Família como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) para os usuários maiores de 60 anos, também define estratégias para que se ofereça um acesso integral, equitativo, resolutivo e um atendimento humanizado e de qualidade para a população idosa, pois só assim será possível promover a saúde, prevenir doenças e, consequentemente, evitar referências a níveis de média ou alta complexidade.

A UBS Vila Central está situada no estado Roraima, município Cantá. É uma unidade de saúde rural. A área de abrangência é territorialmente extensa, pois abrange 200 Km². Existem vicinais e vilas onde se localizam a UBS Santa Rita e a UBS São Raimundo (extensões da UBS Vila Central), as mesmas localizam-se à 40Km de distância da UBS polo. A ampla extensão territorial



resulta no deslocamento diário da equipe de saúde até essas localidades. A equipe de saúde está constituída por 12 agentes comunitários de saúde, 9 agentes de endemias, um enfermeiro, uma médica clínica geral, dois microscopistas e três técnicos de enfermagem. A estrutura da UBS Vila Central é provisória e, por isso, várias dificuldades são observadas, entre elas, a falta de condições estruturais adequadas para o atendimento de usuários com incapacidades ou deficiências. A área de abrangência possui 843 famílias para uma população adstrita de 3.372 usuários aproximadamente.

O número de idosos cadastrados na área de abrangência da UBS é 132, o que representa 72% de cobertura da atenção à saúde da pessoa idosa. Apesar da cobertura da atenção ao idoso ser alta, os indicadores de qualidade são baixos. Dentre os idosos cadastrados, apenas 48 (36%) têm caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, 35 (27%) são hipertensos e 6 (5%) são diabéticos. Observa-se com frequência excesso de demanda de problemas de saúde agudos dos usuários idosos e isso se deve ao fato da equipe não realizar a busca dos fatores de risco familiares, pessoais e socioeconômicos e não conhecer todos os usuários da área de abrangência com vulnerabilidade social. Além disso, existe atraso nas consultas agendadas em mais de 7 dias em parte importante da população idosa. Na UBS, não existe arquivo específico para os registros dos idosos, nem formulário especial. Os profissionais realizam a avaliação multidimensional do idoso, mas falta qualidade na realização da avaliação. Na UBS não existe Estatuto do Idoso e nenhum programa de atenção ao idoso foi implantado até o momento. As atividades com os grupos de idosos começaram a ser realizadas recentemente e a participação é de 62% dos usuários na UBS polo. Estas atividades de grupo foram realizadas apenas uma vez e foram centralizadas na UBS polo. O cuidado domiciliar é oferecido apenas para os idosos com problemas de locomoção e não analisamos os fatores de risco e nem realizamos a avaliação da rede social.

O objetivo da equipe é ampliar a cobertura à saúde da população idosa para 85%, isso porque, a área de abrangência da UBS é rural, com UBS de apoio localizadas a mais de 40 Km de distância da UBS Vila Central e a UBS não dispõe de um meio de transporte próprio para que os profissionais possam se deslocar dentro da área de abrangência. Pretendemos aumentar a cobertura e a qualidade das ações, através da visitar domiciliar, da realização de

rastreamento para o diagnóstico precoce de hipertensão arterial, de diabetes e da transmissão de orientações sobre o desenvolvimento de doenças agudas e/ou crônicas preveníveis na comunidade. Acredita-se que é indispensável promover o engajamento público e a participação da equipe de saúde na intervenção, pois o recurso humano constitui nossa maior riqueza. O Programa de Saúde da Pessoa Idosa contribuirá positivamente para melhoria da qualidade de vida dos usuários maiores de 60 anos, pois os mesmos começarão a ser acompanhados permanentemente pela UBS, além de serem acolhidos e avaliados de forma humanizada, segundo estabelece o Ministério da Saúde. É fundamental e indispensável à priorização deste grupo específico da população, pois se trata de usuários vulneráveis e pouco escutados com frequência.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde do idoso na UBS/ESF Vila Central, Canta, RR.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa para 85%.

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade na atenção à saúde do idoso na UBS.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida em 100 % dos idosos da área de abrangência utilizando o modelo proposto pelo Ministério da Saúde.

Meta 2.2: Realizar exame físico apropriado em 100 % das consultas com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos pés e exame de sensibilidade dos idosos diabéticos.

Meta 2.3: Realizar solicitação de exames complementares periódicos para 100 % dos idosos diabéticos e/ou hipertensos.

Meta 2.4: Priorizar para 100 % dos idosos a prescrição dos medicamentos da farmácia popular.

Meta 2.5: Cadastrar 100 % dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.6: Realizar visitas domiciliares a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com cifras de pressão arterial sustentada maior de 135/85 mmHg para HAS e Diabetes Mellitus.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100 % dos idosos.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica em 100% dos idosos acompanhados.

Objetivo 3– Melhorar a adesão do idoso ao Programa de saúde do idoso na UBS.

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas.

Objetivo 4– Melhorar o registro das informações na UBS.

Meta 4.1: Manter o registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Objetivo 5– Mapear os idosos de risco na área de abrangência da UBS.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas com risco de morbimortalidade.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Objetivo 6– Promover a saúde do idosos.

Meta 6.1: Realizar orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal para 100% dos idosos cadastrados.

## 2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) **Vila Central**, no Município de **Cantá/RR**. Participarão da intervenção **155 idosos** de 60 anos ou mais.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

#### 2.3.1.1 Monitoramento e Avaliação

Para monitorar a cobertura da atenção à saúde da pessoa idosa na área de abrangência da UBS a equipe criará um grupo de monitoramento e

avaliação que será composto pela médica e pelo enfermeiro. Esse grupo se reunirá mensalmente para revisar o trabalho realizado, mas as ações de monitoramento serão desenvolvidas diariamente por todos os membros da equipe. Durante a reunião da equipe de monitoramento e avaliação serão revisadas as fichas-espelho dos idosos, o livro de registro das visitas domiciliares, cartão espelho de vacinação e o livro odontológico. Os resultados desse monitoramento serão divulgados para a equipe no decorrer das reuniões mensais.

Para atingir 85% de cobertura, a equipe tem como objetivo cadastrar 23 idosos da área de abrangência, com um aumento mensal de 3,25% (aproximadamente 6 idosos por mês devem ser cadastrados na UBS). O monitoramento da cobertura da atenção ao usuário idoso será realizado mensalmente. Durante as reuniões da equipe de saúde, os ACS informarão as visitas semanais realizadas e, se nessas visitas encontraram idosos que ainda não foram cadastrados na UBS ou que são moradores novos da micro-área. Para esses usuários idosos, será agendada uma consulta para a realização da avaliação multidimensional rápida e uma visita domiciliar. Durante as reuniões da equipe, também serão repassados os nomes dos idosos faltosos às consultas ou as atividades de grupo.

Além dos indicadores de cobertura, a equipe de monitoramento e avaliação ficará responsável pela análise dos indicadores de qualidade. Para tanto, serão revisados os arquivos e ficha-espelhos com o objetivo de revisar a realização da avaliação multidimensional rápida anual, o exame físico apropriado, a realização dos exames complementares em diabéticos e hipertensos de acordo com a periodicidade recomendada, o acesso a medicamentos da farmácia popular e o número de idosos com problemas de locomoção e acamados. Além disso, a equipe de monitoramento e avaliação revisará os registros de atendimento domiciliar da médica, do enfermeiro, do técnico e dos ACS para monitorar as visitas domiciliares realizadas a estes idosos.

Na primeira consulta, os idosos serão orientados sobre a importância da avaliação multidimensional e do uso da caderneta de saúde do idoso para serem acompanhados na UBS e participarem das atividades coletivas. Nessa primeira consulta a médica e a enfermeira solicitarão a carteira de vacinação

do idoso e, se estiver com o esquema vacinal incompleto, os usuários serão encaminhados para a UBS polo do município. Os integrantes da equipe estarão sempre informados sobre a data da próxima consulta do usuário idoso e sobre as visitas domiciliares que serão realizadas.

Para monitorar o número de idosos com pressão arterial maior que 135/80 mmHg e em rastreamento para DM periodicamente, durante as reuniões mensais a equipe revisará a ficha-espelho. Durante a triagem a técnica de enfermagem realizará a aferição da pressão arterial dos idosos. Os usuários com cifras tensionais iguais ou superiores 140/90 mmHg acompanhados por mapeamento da pressão arterial (PA). Serão considerados os fatores de risco cardiovascular (segundo Escore de Framingham), a estratificação do risco considerando as lesões de órgãos alvos e os resultados dos exames complementares necessários.

Para melhorar a adesão ao Programa de saúde do idoso e monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas de acordo com o protocolo de atendimento adotado pela unidade de saúde, o médico e a enfermeira revisarão mensalmente as fichas-espelho e o livro de registro. Assim serão detectados os usuários que apresentam dificuldades na adesão ao programa de saúde exposto. Esses usuários serão susceptíveis de serem visitados periodicamente oferecendo orientações sobre a importância do programa e os benefícios para a saúde. Pela importância deste tema deverá ser discutido nas reuniões de grupo dos usuários idosos, e também pela equipe de saúde na procura de estratégias que melhorem a adesão ao programa de saúde do idoso. Com esses dados um sistema de alerta será desenvolvido para facilitar o trabalho da equipe, nesse sentido, quando os usuários estiverem com consultas, exames complementares, vacinação ou avaliação multidimensional rápida em atraso, os ACS serão comunicados para dar o melhor encaminhamento ao caso. O sistema de alerta facilitará o trabalho. O sistema de alerta estará constituído pelos prontuários e fichas-espelho organizadas de acordo com a data de retorno do usuário e serão revisadas semanalmente. Assim, ao realizar o atendimento de retorno, o prontuário do usuário e a ficha-espelho mudarão de lugar para a nova data agendada. Na sexta-feira, as fichas-espelho presentes na data da semana cursada indicarão a ausência do idoso. Como os retornos também serão registrados no livro de

registro, na data de retorno será marcado o nome usuário faltoso em caneta vermelha. Os nomes dos usuários faltosos serão informados a os ACS responsáveis da micro-área onde mora o idoso.

Para realizar a busca ativa dos idosos faltosos uma agenda será organizada pela equipe e nela constará o planejamento mensal dos atendimentos que deverão ser realizados. O objetivo da equipe é realizar 10 atendimentos semanais com o exame físico apropriado.

Para monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e de acordo com a periodicidade recomendada e monitorar a priorização da prescrição dos medicamentos da farmácia popular, a médica e o enfermeiro, durante as reuniões mensais, revisarão as fichas-espelho dos idosos diabéticos e hipertensos para verificar se houve a solicitação dos exames e se o usuário realizou o mesmo. Quando o projeto for apresentado para os gestores municipais, será solicitado agilidade na realização dos exames complementares e no tratamento odontológico dos idosos. Para facilitar o atendimento e o reconhecimento dos idosos no laboratório do município, na requisição de exames a médica grifará de amarelo a idade do usuário. Quando o usuário retornar para sua consulta de seguimento, os resultados dos exames complementares serão anotados no prontuário e ficha-espelho.

Para monitorar a necessidade de tratamento odontológico para os idosos, a equipe realizará uma avaliação bucal na própria UBS e criará um livro com o nome dos usuários que necessitam de atendimento odontológico. A prioridade do atendimento será dada de acordo com a gravidade do problema observado. Já o monitoramento dos idosos cadastrados na UBS e em acompanhamento odontológico será realizado mediante revisão do livro odontológico dos idosos. No livro odontológico registraremos os dados de todos os usuários que participarão da intervenção, negociaremos com os gestores e o odontólogo do município a data da consulta odontológica. Quinzenalmente a médica monitorará em conjunto com a técnica odontológica os nomes dos usuários que realizaram a consulta odontológica e os usuários faltosos.

Para monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, o médico e a enfermeira revisarão o preenchimento das informações. Além disso, a equipe criará um registro para realizar a entrega da caderneta do idoso. O técnico de enfermagem ficará responsável por essa atividade. O objetivo da equipe é entregar aproximadamente 35 Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa todos os meses.

Para monitorar o número de idosos com maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência da UBS, o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice e monitorar todos os idosos com rede social deficiente, a médica e o enfermeiro revisarão semanalmente esses dados e se reunirão com os demais membros da equipe mensalmente. Através dos atendimentos teremos esse conhecimento. Esses dados constarão na ficha-espelho e prontuário, e serão organizados numa pasta diferente exclusiva para esses usuários.

A equipe de monitoramento e avaliação levará para a reunião com a equipe os documentos com todos os eixos avaliados para discutir acerca da qualidade das ações que estarão sendo desenvolvidas ao longo da intervenção bem como as dificuldades encontradas.

A equipe também irá monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, o número de idosos com obesidade/desnutrição, a orientação de atividade física regular e o número de idosos que realizam atividade física regular. Além disso, a equipe monitorará as atividades educativas individuais. Para tanto, a médica e o enfermeiro participarão dos atendimentos realizados pelo técnico de enfermagem e ACS com o objetivo de discutir aspectos que poderão ser esquecidos ou inadequadamente abordados. Mediante a revisão mensal das fichas-espelho e da ficha de avaliação nutricional, a equipe também conhecerá o número de idosos com problemas nutricionais que precisam receber uma atenção diferenciada.



### 2.3.1.2 Organização e Gestão no serviço

Para cadastrar os idosos da área de abrangência da UBS, um livro será organizado para registrar os avanços do cadastramento dos idosos na UBS. Os responsáveis pela atualização do livro serão a médica, o enfermeiro e o técnico de enfermagem. As informações provenientes dos cadastros, por meio das ações específicas, serão transmitidas semanalmente ao técnico de enfermagem pelos integrantes da equipe. A equipe objetiva cadastrar 85% dos idosos na área de abrangência, mas devido à falta de ACS em algumas micro-áreas, durante o acolhimento, a equipe levará em consideração o endereço do idoso. Se o idoso em questão morar em uma área que não possui ACS, o ACS que participa do acolhimento realizará o cadastro inicial e, logo após, o encaminhará para a triagem e para o atendimento. Além disso, a equipe prevê a realização de uma ação mensal nas micro-áreas que não possuem ACS. Essa ação, que está prevista para começar no início da intervenção, terá como objetivo a realização de busca ativa e o cadastramento da população.

A equipe também prevê a realização de uma ação no início da intervenção, na área de abrangência na UBS polo Vila Central, para divulgar o início do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa e cadastrar os idosos que moram na área de abrangência da UBS. Toda a comunidade será informada sobre as ações que serão desenvolvidas na UBS

Ao longo da intervenção caberá à enfermeira realizar ações educativas para os idosos e as suas famílias, solicitar os exames, realizar atividades com o grupo de idosos, encaminhar os usuários avaliados para atendimento odontológico, realizar as visitas domiciliares, fornecer com o auxílio do técnico de enfermagem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e atualizar os dados das consultas realizadas no livro de registro.

Para realizar o acolhimento dos idosos a equipe de saúde contará com dois agentes comunitários de saúde, com o técnico de enfermagem, com o enfermeiro e com a médica (o enfermeiro e a médica auxiliarão quando a demanda não for muito grande). Cabe destacar, que o acolhimento será realizado todos os dias da semana e em todos os turnos de atendimentos. Depois do acolhimento, a triagem será realizada pelo técnico de enfermagem e

o usuário idoso será atendido no mesmo dia, mesmo que exista excesso de demanda. Serão priorizados e atendidos com urgência todos os idosos que apresentarem um estado grave. A equipe disponibilizará três atendimentos médicos diários para os idosos da área de abrangência que precisarem do serviço e que até o momento não haviam recebido nenhum acompanhamento na unidade de saúde.

Para melhorar o acolhimento aos idosos portadores de HAS e garantir o material adequado para a aferição da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde, o apoio dos gestores municipais será solicitado. Será entregue um ofício aos gestores com a solicitação de apoio. E para melhorar o acolhimento dos idosos portadores de DM, será criado um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste. Esse sistema de alerta estará constituído pela cor vermelha, se o usuário precisa realizar o hemoglicoteste e não pode ser realizado no momento, será marcada a ficha de acompanhamento de vermelho e um membro da equipe ficará responsável na realização do exame.

A definição das atribuições de cada profissional da equipe na avaliação multidimensional rápida dos idosos será realizada no início da intervenção, durante o tempo dedicado as reuniões convencionais da equipe. Um dos objetivos será definir as atribuições dos profissionais na Avaliação Multidimensional Rápida. Será desenvolvida uma agenda com planejamento mensal para a realização das consultas, nesta será destinado semanalmente 5 avaliações multidimensionais rápidas.

Para garantir a solicitação dos exames complementares, a equipe estabelecerá sistemas de alerta para os usuários que não realizaram os exames em questão. Para tanto, durante os atendimentos realizados em usuários diabéticos e/ou hipertensos o enfermeiro e a médica revisarão o prontuário e livro de registro. Nesse sentido, os profissionais em questão ficarão responsáveis por organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos e garantir a solicitação dos exames complementares em dia.

Para realizar o controle de estoque de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos

cadastrados UBS, o enfermeiro, a médica e o técnico de enfermagem, após a reunião mensal com a equipe de monitoramento e avaliação, utilizarão os dados dos prontuários clínicos, fichas-espelho e os arquivos de HIPERDIA para transcrever as informações dos medicamentos utilizados pelos usuários para uma base de dados não informatizada. Nessa base de dados deverão constar os medicamentos entregues aos usuários e a quantidade necessária de acordo com necessidades específicas.

Para garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa, uma base de dados dos idosos será desenvolvida a partir das informações disponibilizadas pelos integrantes da equipe de saúde. Esses dados serão repassados mensalmente pela médica para a planilha de coleta de dados.

Além disso, a equipe organizará uma agenda para a realização do atendimento odontológico prioritário aos idosos segundo as suas necessidades individuais. A agenda para a realização da consulta bucal aos idosos será realizada conforme a disponibilidade do odontólogo do município e do usuário. O objetivo da equipe é garantir o encaminhamento de todos os idosos para o odontólogo do município. Sempre serão explicados os benefícios da realização da consulta odontológica e os ACS, durante as visitas domiciliares, indagarão sobre a realização da mesma. Mas para desenvolvimento das ações voltadas à saúde bucal, será necessário o apoio dos gestores de saúde do município. É importante o apoio dos gestores municipais na priorização dos idosos para atendimento odontológico, pois contamos com apenas um odontólogo centralizado no município, com excesso de demanda espontânea, o que dificultará substancialmente a consulta odontológica em dia aos idosos. Também precisaremos do apoio dos gestores municipais para ações voltadas a saúde bucal devido à necessidade de deslocamento da equipe dentro da área de abrangência. Cabe destacar que os registros referentes à utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência serão atualizados a cada 15 dias pelo técnico de enfermagem com ajuda dos ACS. Além disso, os responsáveis procurarão uma retroalimentação dos dados com o odontólogo do município.

Para organizar as visitas domiciliares para a busca dos faltosos, está previsto a criação de uma agenda com o nome, endereço, doenças

associadas, frequência esperada de consultas segundo protocolo adotado pela UBS e as datas das últimas consultas com a assistência. As visitas domiciliares aos faltosos serão realizadas de acordo a demanda de idosos faltosos as ações programáticas. A busca aos faltosos acontecerá uma vez ao mês, mas devido a ampla extensão territorial da área de abrangência que acaba dificultando o deslocamento dos profissionais de saúde, a busca também poderá ser realizada quando a equipe estiver em áreas próximas das moradias dos usuários. O enfermeiro e a médica revisarão os dados semanalmente e atualizarão a agenda. Os ACS também realizarão a busca ativa e a consulta será agendada para o dia seguinte.

Quando o idoso apresentar maior risco de morbimortalidade, fragilização na velhice e tiver uma rede social deficiente a equipe oferecerá o atendimento no mesmo dia. E esse atendimento poderá ser realizado na UBS ou, se necessário, na residência do usuário. Para tanto, a equipe de saúde deverá ser informada sobre o atendimento no dia desses usuários.

As atribuições dos profissionais para realizar a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para a prática regular de atividade física serão definidas mediante reunião com a equipe na primeira semana da intervenção. Para garantir que as orientações sejam repassadas em nível individual, o tempo médio das consultas será organizado. Pretende-se que o ACS e o técnico de enfermagem também ofereçam as orientações individuais após o atendimento. Nesse sentido, depois da qualificação profissional, toda a equipe participará orientando os usuários idosos nestes quesitos. Durante as atividades com o grupo de idosos se promoverá hábitos de vida e alimentares saudáveis. A médica também solicitará que o gestor municipal institua parcerias com o setor da educação para que um educador físico apoie as atividades que serão desenvolvidas com os idosos na UBS. O objetivo é realizar atividades semanais com os idosos.

### 2.3.1.3 Engajamento Público

A comunidade será informada sobre a existência do Programa de Atenção à Saúde aos Idosos na UBS e sobre a importância do atendimento periódico do idoso através de cartazes que serão fixados na UBS e em lugares públicos, como por exemplo, na associação bairro. Além disso, no início da intervenção, uma ação será desenvolvida na própria UBS para a divulgação dessa informação.

Ao longo da intervenção, os membros da equipe repassarão todas as orientações previstas no projeto quando os usuários estiverem aguardando o atendimento na UBS ou quando as visitas domiciliares e as demais atividades com o grupo de idosos forem realizadas. Após o acolhimento e a triagem e durante a espera aproveitando o tempo dos usuários na UBS, os integrantes da equipe (ACS e técnico de enfermagem) oferecerão aos usuários as orientações de acordo com o protocolo adotado na unidade. Estas orientações também serão oferecidas durante o atendimento clínico realizado pelo enfermeiro e pela médica aos usuários e familiares assistentes. Durante atividades coletivas também será um momento oportuno para repassar as orientações aos idosos, assim, por exemplo, nas atividades de grupo de idosos serão oferecidas as orientações e estimulado o intercâmbio de experiências. A equipe também pretende oferecer as informações sobre a importância da atenção à saúde do idoso para os líderes das associações de moradores, com o objetivo de solicitar o apoio da comunidade na busca de idosos não acompanhados pela UBS, orientar sobre a importância da avaliação multidimensional ser realizada anualmente e compartilhar as possíveis condutas após a avaliação

Durante os encontros mensais com a comunidade a equipe irá expor as dificuldades encontradas durante a intervenção e solicitará sugestões para captação de todos os idosos da área de abrangência. Além disso, os direitos e deveres dos idosos serão apresentados à comunidade. Os responsáveis por essas ações serão o enfermeiro, a médica e o técnico de enfermagem. Durante os encontros mensais com a comunidade a equipe irá expor as dificuldades encontradas durante a intervenção e solicitará sugestões para captação de todos os idosos da área de abrangência. As reuniões serão realizadas nos

locais da UBS inicialmente e depois negociaremos com a comunidade a disponibilidade do malocão da igreja católica ou outro local disponível. É fundamental e indispensável a participação ativa da comunidade nas estratégias de saúde de acordo a sua realidade. Só de essa forma serão atingidos os resultados esperados. A comunidade será a protagonista e constitui a razão da realização da intervenção, assim será estimulada a participação em defesa da vida, e com isso procura-se a mobilização de autonomias individuais e coletivas. A equipe de saúde está engajada para consolidar a participação social, que os sujeitos conquistem os seus direitos e tenham espaços públicos frequentes para ser escutados. Por meio desses espaços durante a discussão serão escutadas situações vivenciadas problematizando a realidade da área de abrangência, mostrando alternativas na solução dos problemas apresentados e facilitando a mobilização social. Será oferecido pela equipe de saúde o conhecimento científico necessário à comunidade, assim espera-se estimular nos usuários o autocuidado consciente, resultado das trocas de experiências vividas pelos indivíduos e pelo grupo. A apropriação da intervenção pela comunidade é uma atividade indispensável para a realização do trabalho. (BRASIL 2007)

Para informar os usuários e a comunidade sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e DM, sobre a importância da avaliação dos pulsos dos pés e do exame de sensibilidade das extremidades periodicamente, a equipe disponibilizará folders e cartazes em lugares visíveis. Além disso, serão dadas orientações verbais no decorrer das ações planejadas para a comunidade, sejam coletivas e/ou somente com os líderes comunitários. As orientações quanto à necessidade de realização de exames complementares, a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares e a importância da visita domiciliar para os usuários com problemas de deslocamento e acamados também serão disponibilizadas por intermédio de folders, cartazes e comunicação oral. Os responsáveis pelas orientações serão o enfermeiro, o técnico de enfermagem, os ACS e a médica.

As orientações aos usuários e a comunidade sobre o direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e sobre possíveis alternativas para obter este acesso, serão transmitidas nas ações coletivas e nos atendimentos individuais. Cabe destacar que a equipe também transmitirá

essas informações durante as visitas domiciliares, cadastramentos e demais momentos de atendimento.

A orientação sobre a importância de medir a pressão após os 60 anos de idade, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS, sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para DM e HAS serão transmitidas durante as ações coletivas e individuais com a comunidade, usuários e líderes comunitários. Além das ações desenvolvidas com o grupo de idosos, outras ações serão desenvolvidas na UBS sede e nas UBS de extensão. Cabe destacar que nas atividades desenvolvidas nas UBS de extensão participarão apenas aqueles usuários que moram nas micro-áreas.

A comunidade será informada sobre importância do atendimento odontológico durante as atividades coletivas e individuais citadas anteriormente. Nesses espaços, os usuários serão esclarecidos sobre a necessidade de realização dos exames bucais e os gestores e líderes comunitários serão questionados sobre as estratégias que podem ser adotadas para a garantia do atendimento odontológico aos idosos. Além disso, estratégias para não ocorrer evasão dos idosos, também serão definidas nesses encontros.

Para esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e orienta-los sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, a equipe de saúde transmitirá informações coletivas e individuais, conforme mencionado anteriormente. Além disso, será necessário orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta do idoso quando for buscar atendimento na UBS ou em outros níveis de atenção. As orientações específicas aos idosos serão transmitidas durante as consultas agendadas, visitas domiciliares e as atividades com o grupo de idosos.

O grupo de idosos abordará temas de interesse do próprio grupo e também sobre a importância do acompanhamento mais frequente, sobre o acesso ao atendimento prioritário na Unidade de Saúde, sobre a importância da socialização da pessoa idosa, seja através de grupos de apoio ou do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Para orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre as vantagens de adotar hábitos alimentares saudáveis, sobre a importância da prática regular de atividade física e sobre a necessidade de realizar a higiene bucal e das próteses dentárias, a equipe pretende disponibilizar informações visuais e verbais. Para tanto, aproveitará todos os espaços disponíveis, como atendimentos, atividades com a comunidade, atividades com o grupo de idosos e reuniões com líderes formais e informais.

#### 2.3.1.4 Qualificação da Prática Clínica

Para capacitar a equipe de saúde sobre o Programa de Saúde da Pessoa Idosa e sobre o adequado acolhimento ao idoso, serão realizados encontros nas primeiras semanas da intervenção, após o expediente. Essa temática será discutida nos encontros que serão realizados na primeira semana de intervenção. Todos os profissionais de saúde participarão ativamente dos encontros de qualificação da prática clínica. Para o envolvimento dos profissionais nas atividades de qualificação está previsto (após os primeiros dois encontros temáticos) que os membros da equipe durante a segunda atividade escolham temas para discutir nos encontros seguintes. Esses temas serão dos propostos durante a intervenção e outros de interesse da equipe de saúde. Assim procura-se a participação ativa. Após cada temática quedará aberto para discussão, e serão exemplificados problemas vivenciados no trabalho da equipe. É essencial que os membros da equipe sejam escutados e sua realidade seja exposta livremente. Também é fundamental a troca de saberes, conhecimentos e experiências de cada um dos integrantes da equipe de saúde o que constitui uma ferramenta inquestionável para a intervenção. Além disso, os encontros de qualificação da prática clínica virarão a rotina na UBS após finalizado o projeto de intervenção em saúde do idoso. Assim a observação dos problemas do dia a dia terá seu espaço de discussão e educação permanente dos profissionais na UBS.

Nos encontros semanais, outros temas de interesse sobre a saúde do idoso serão discutidos e planejados. Os assuntos serão definidos com a



brevidade necessária para que toda a equipe possa ler e se preparar para os encontros. A capacitação será realizada de forma progressiva ao longo da intervenção, mas a ênfase sobre a necessidade de captar os idosos e oferecer um atendimento de qualidade será dada no início do Programa. Depois que a equipe estiver ciente de suas atribuições, serão realizados encontros mensais no mesmo horário previsto.

Nas duas semanas posteriores à intervenção serão realizados 2 para outras temáticas de qualificação da prática clínica para capacitação dos profissionais de saúde da UBS para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado e na Política Nacional de Humanização ao Idoso. Outros temas de interesse sobre a saúde do idoso serão discutidos e planejados. Os assuntos serão definidos com a brevidade necessária para que toda a equipe possa ler e se preparar para os encontros. A capacitação será realizada de forma progressiva ao longo da intervenção, mas a ênfase sobre a necessidade de captar os idosos e oferecer um atendimento de qualidade será dada no início do Programa. Depois que a equipe estiver ciente de suas atribuições, serão realizados encontros mensais no mesmo horário previsto.

Nesse sentido, a temática da primeira capacitação da equipe de saúde será relativa à importância do cadastramento dos idosos. A equipe será orientada sobre o aproveitamento dos espaços para a realização do cadastramento inicial dos usuários idosos da área de abrangência que buscam atendimento na UBS por problemas de saúde agudos ou outros, mas que até o momento não eram acompanhados pela equipe de saúde. A capacitação sobre a Política Nacional de Humanização ao Idoso também será realizada no primeiro encontro da equipe para a discussão e qualificação da prática clínica.

Outros temas serão debatidos e estudados durante as capacitações, como: atendimento aos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS, realização da avaliação multidimensional rápida do idoso, realização de exame clínico apropriado e registro das informações em todas as consultas. No que tange especificamente aos registros, os técnicos de enfermagem serão capacitados para preencher e revisar os registros específicos.

Durante as atividades de qualificação semanal planejadas com a equipe de saúde também ocorrerá a capacitação sobre a importância de seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares, sobre

o tratamento da hipertensão e/ou diabetes e sobre as alternativas para se obter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Além disso, os ACS serão capacitados para o cadastramento, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência. Os ACS deverão reconhecer os casos que necessitam de visita domiciliar.

Durante a qualificação da prática clínica a equipe será capacitada para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para a realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou em idosos com HAS. Além disso, a equipe receberá informações sobre a importância de realizar a avaliação de saúde bucal nos idosos e será capacitada para realizar o cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico. Nas capacitações relacionadas especificamente com a saúde bucal, a equipe solicitará o apoio do odontólogo do município.

Na primeira semana da intervenção a médica e a enfermeira pretendem treinar a equipe para realizar o preenchimento de todos os registros, inclusive a caderneta do idoso e acompanhamento do atendimento aos idosos.

Outros assuntos que serão discutidos e estudados semanalmente pela equipe de saúde ao longo da intervenção são: identificação de fatores de risco de morbimortalidade na pessoa idosa, identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice, avaliação da rede social dos idosos, realização de atividade física regular, orientações sobre a higiene bucal e higiene de próteses dentárias, promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira", orientação nutricional específica nos usuários idosos portadores de HAS e/ou DM. Para as duas últimas ações, a equipe solicitará a impressão dos instrucionais supracitados para serem distribuídos para os profissionais da equipe e para os idosos.

### 2.3.2 Indicadores

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa em até 85 %.

Indicador: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso na UBS.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida em 100 % dos idosos da área de abrangência utilizando o modelo proposto pelo Ministério da Saúde.

Indicador: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame físico apropriado em 100% das consultas com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos pés e exame de sensibilidade dos idosos diabéticos.

Indicador: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos para 100% dos idosos diabéticos e/ou hipertensos.

Indicador: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.4: Priorizar para 100% dos idosos a prescrição dos medicamentos da farmácia popular.

Indicador: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.6: Realizar visitas domiciliares para 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com cifras de pressão arterial sustentada maior de 135/85 mmHg para HAS e DM.

Indicador: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100 % dos idosos.

Indicador: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica em 100% dos idosos acompanhados.

Indicador: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3– Melhorar a adesão do idoso ao Programa de saúde do idoso na UBS.

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas.

Indicador: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde.

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4– Melhorar o registro das informações na UBS.

Meta 4.1: Manter o registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 5– Mapear os idosos de risco na área de abrangência da UBS.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas com risco de morbimortalidade.

Indicador: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 6– Promover a saúde do idosos.

Meta 6.1: Realizar orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para 100% das pessoas idosas.

Indicador: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física para 100% idosos.

Indicador: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar as ações de monitoramento e avaliação, no decorrer da intervenção em Saúde da Pessoa Idosa, a equipe UBS Vila Central adotará o Protocolo de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde (2010). Para o registro das informações, a equipe criará registros específicos e planilha de atendimento com os dados dos idosos. A classificação de risco que será adotada na UBS, com apoio do protocolo do Ministério de Saúde, apresentará a data da consulta agendada, as informações acerca da necessidade ou não do acompanhamento como uma estratégia de alerta, bem como o planejamento da próxima consulta. Além disso, será utilizada a ficha-espelho disponibilizada pela Universidade Federal de Pelotas. As fichas-espelho e registros específicos serão preenchidos pelos integrantes da equipe no acolhimento diário do usuário na UBS, e, posteriormente, serão revisados e completados pelo enfermeiro e pela médica no decorrer do atendimento.

Quando um usuário buscar atendimento pela primeira vez na UBS, o cadastro será realizado pelo ACS e a consulta será oferecida pela médica e pela Enfermeira. Após o cadastramento e o atendimento, a próxima consulta



será agendada para a realização da avaliação multidimensional rápida. A estimativa é a de alcançar aproximadamente 184 idosos. Para isso, se negociará com os gestores de saúde do município, a impressão de 200 fichas-espelho, 200 registros específicos, 5 protocolos do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa para cada UBS e 136 Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa. Se os protocolos não foram disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, será solicitada a impressão dos mesmos na para a entrega nas UBS.

De forma geral, ao longo da intervenção caberá a médica realizar as consultas dos idosos com realização da avaliação multidimensional rápida, solicitar os exames complementares, orientar sobre o tratamento medicamentoso, realizar visita domiciliar, identificar os fatores de risco de vulnerabilidade e fragilização na velhice e existência de redes sociais deficientes. Diante da presença de intercorrências, a médica encaminhará o idoso para outros níveis de atenção.

Ao técnico de enfermagem caberá realizar ações educativas com os idosos e suas famílias, verificar peso, altura, pressão arterial, preencher a Caderneta de Saúde do Idoso em conjunto com a enfermeira, fornecer os medicamentos indicados na receita médica e manter atualizado o livro das medicações. O técnico participará das atividades educativas e das visitas domiciliares.

Os ACS caberá realizar visitas domiciliares, identificar os idosos que não foram cadastrados e/ou aqueles que estão acamados ou precisando de atendimento prioritário devido a existência de deficiências ou problemas de saúde agudos, realizar atividades educativas para os idosos e seus familiares ou cuidadores, orientar sobre os cuidados básicos de saúde (nutrição, cuidados higiênicos-sanitários e prevenção de acidentes na moradia).

De forma específica, como a UBS não está informatizada, os dados dos arquivos e dos prontuários clínicos serão revisados e copiados pela médica para uma planilha de coleta de dados disponibilizada pela UFPel. As informações serão analisadas semanalmente. Para a realização dessa atividade, na sexta-feira, depois do horário de trabalho a médica disporá de uma hora semanal. O notebook pessoal da médica será utilizado para essa atividade.

Para organizar o registro específico do Programa de Saúde da Pessoa Idosa, a médica revisará o livro de registro dos atendimentos realizados na UBS nos últimos três meses. Com ajuda do enfermeiro e do técnico da unidade de saúde, serão localizados os prontuários dos idosos atendidos nesse período e os dados serão transcritos para a ficha-espelho. Durante a revisão dos prontuários, também será realizado o primeiro monitoramento, conhecendo os idosos faltosos as consultas programáticas, bem como os idosos que não realizaram os exames complementares e que estão com atraso nas vacinas. Para realizar essas atividades serão necessárias 2 horas mensais.

O SIAB será atualizado pela médica e pelo enfermeiro através do monitoramento dos registros existentes na UBS.

Para que o acolhimento dos usuários seja realizado na UBS serão necessários alguns materiais como: caneta (40), ficha de cadastro e demais documentos para a realização do atendimento na UBS. Além disso, para que a equipe consiga realizar uma ação mensal com todos os membros da equipe nas áreas que não possuem ACS, precisará do apoio dos gestores no que tange ao transporte, combustível, caneta e fichas de cadastro suficientes para a atividade. Todos estes materiais foram solicitados à gestora de saúde do município para o desenvolvimento do trabalho. Nesse sentido, o transporte será disponibilizado 4 dias na semana, e poderão ser realizadas até 2 ações mensais na área de abrangência previamente negociadas com o responsável do transporte na secretaria de saúde.

Para monitorar o número de usuários com a pressão arterial alterada e realizar o rastreamento para DM, solicitaremos aos gestores de saúde, em especial para o coordenador da atenção básica do município, que os esfigmomanômetros da área de abrangência sejam testados e calibrados por pessoal treinado.

Para desenvolver as ações relativas ao engajamento público e equipe fixará cartazes em lugares visíveis (7 cartazes em total, 1 em cada UBS na área de espera, 1 no malocão da Vila Santa Rita, 1 Associações de Agricultores na Vicinal 3, 1 na Escola da São Raimundo, 1 no malocão da Igreja Católica Vila Central) como, por exemplo, na UBS, associações de bairro e em outros lugares públicos da comunidade. Para a confecção dos cartazes a equipe precisará de cartolinas e 2 resmas de folha A4.

A equipe também prevê a realização de uma ação no início da intervenção para ampliar a cobertura da atenção à saúde do idoso, colocar o esquema vacinal dos idosos em dia e dar orientações que respondam as necessidades da comunidade. Essa ação deverá ocorrer na área de abrangência da UBS polo Vila Central. O responsável pela ação será o médico e o enfermeiro, mas o apoio dos gestores também se fará necessário no que tange a disponibilização de recursos materiais como transporte, condições adequadas para o transporte das vacinas e recursos humanos para apoiar a ação. Cabe destacar que as vacinas serão trazidas da UBS Sebastião Rodrigues da Silva e aplicadas nos idosos pelas enfermeiras vacinadoras que oferecem esse serviço na UBS polo do município (anteriormente mencionada). No que tange ao transporte, a médica irá solicita-lo durante a apresentação do projeto para o gestor. O gestor se comprometeu com disponibilizar este transporte e, se a equipe não puder contar com esse apoio solicitará que os gestores disponibilizem combustível para que os parceiros da comunidade auxiliem no deslocamento.

Durante essa ação para promoção do engajamento público, a equipe divulgará a existência do programa na UBS e a importância do atendimento periódico ao idoso. Para tanto, também serão necessárias canetas esferográficas, tintas e papéis para transmitir as orientações para a comunidade. A reunião com os líderes comunitários para a divulgação do projeto será realizada mensalmente na UBS e terá duração de 1 hora.

Além das ações mencionadas, orientações específicas serão transmitidas aos idosos durante às consultas agendadas, visitas domiciliares e atividades com o grupo de idosos. Para facilitar o acesso dos usuários, os grupos serão realizados em cada uma das UBS da área de abrangência. Para que esses encontros sejam de fato realizados, a equipe precisará de 3 horas mensais. Os responsáveis por essa atividade serão a médica e o enfermeiro, no entanto, toda a equipe estará envolvida na divulgação da informação, com especial apoio dos ACS. Cabe destacar que as ações de grupo serão realizadas dentro das UBS de apoio, e no caso da UBS Vila Central, as atividades serão desenvolvidas na frente da unidade.

Os responsáveis pela qualificação da prática clínica serão a médica e o enfermeiro. Para isso, utilizaremos o Protocolo de Envelhecimento e Saúde da

Pessoa Idosa e os arquivos e ficha-espelho, criados pela equipe e disponibilizados pela UFPel. Os espaços utilizados serão da própria UBS e o tempo destinado para a qualificação da prática clínica da equipe será de 2 horas mensais ao final do expediente, começando o primeiro encontro no início da intervenção. Pretendemos realizar uma cópia do Projeto de Intervenção para cada uma das UBS dentro da área de abrangência, para facilitar o acesso dos membros da equipe as atividades planejadas. Além disso, pretendemos realizar 3 cópias do cronograma da intervenção para deixa-lo num lugar visível para conhecimento da equipe e comunidade (local da UBS utilizada como sala de espera). Para avaliar e controlar as ações que deverão ser desenvolvidas, durante as reuniões mensais da equipe de saúde faremos uma comparação entre o cronograma e as atividades que foram realizadas ao longo do mês.

Deverá ocorrer uma capacitação dos profissionais da equipe uma semana antes da intervenção e nas duas primeiras semanas da intervenção, após este período, serão realizadas mensais.

Para capacitar a equipe para promover hábitos alimentares saudáveis baseando-se no manual "Dez passos para alimentação saudável" ou no "Guia alimentar para a população brasileira" a médica e o enfermeiro solicitarão aos gestores a aquisição e/ou impressão dos materiais para cada integrante da equipe inicialmente, e a cada um dos idosos se possível. Aproximadamente, serão necessários 250 materiais visuais.

A capacitação da equipe sobre a importância da realização de atividade física regular e da higiene bucal e de próteses dentárias será realizada com o apoio de um educador físico e do odontólogo do município. Essa solicitação será realizada durante o encontro com os gestores de saúde, sendo que a parceria é possível pela existência de profissionais no município que poderiam se deslocar até as áreas de abrangência e oferecer esse serviço. Na atualidade não existem parcerias do gestor com esses profissionais.

Para desenvolver as ações referentes à gestão e organização do serviço a equipe criará uma agenda com nome, endereço, doenças associadas e frequência esperada de consultas segundo protocolo adotado na UBS para os idosos. Na agenda constarão as datas das últimas consultas com a assistência. O enfermeiro e a médica serão os responsáveis pela organização da agenda. Será necessário comprar um caderno para organizar a agenda. Nela constará

o planejamento mensal das consultas que serão realizadas semanalmente, ou seja, 3 visitas domiciliares, 5 avaliações multidimensional e 5 consultas com exame físico apropriado, com tempo médio para as orientações individualizadas e avaliação nutricional.

Além disso, a médica e o enfermeiro solicitarão que os gestores disponibilizem esfigmomanômetro e estetoscópio para o controle da pressão arterial, balança, antropômetro para adulto, requisição para solicitação de exames complementares, laboratoriais e outros, tabela de Snellen e receituários suficientes. As visitas domiciliares serão realizadas na área de trabalho conforme agendamento da equipe. Nas áreas mais distantes da UBS sede, a equipe solicitará que os gestores disponibilizem o transporte.

As atribuições dos profissionais serão definidas na reunião de equipe que será realizada uma semana antes do início da intervenção e nas duas semanas posteriores. Nessas reuniões a equipe definirá as atribuições dos profissionais na Avaliação Multidimensional Rápida e no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos. A médica e o enfermeiro serão responsáveis por organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos e realizar referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades e garantir a solicitação dos exames complementares em dia.

No que tange a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para a prática regular de atividade física a equipe solicitará que o gestor municipal institua parcerias com o setor da educação para que um educador físico participe das atividades com os idosos. Se a equipe conseguir estabelecer essa parceria, as atividades serão desenvolvidas semanalmente. A responsável pelo contato com o gestor será a médica durante a apresentação do projeto de intervenção. O local utilizado serão as áreas externas da UBS.

Os medicamentos disponibilizados para cada uma das UBS da área de abrangência pela unidade polo do município ficarão armazenados numa sala da UBS Vila Central. Os medicamentos estarão organizados por fila, sendo que os comprimidos estarão separados das suspensões e cremes, e segundo ordem alfabético, e contarão com data de vencimento e lote. Existirá um livro de registro com a variedade e quantidade dos medicamentos disponíveis na

unidade de saúde. Para realizar o controle de estoque de medicamentos serão revisados os registros e fichas complementares com as necessidades de medicamentos dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados UBS. O responsável pela entrega dos medicamentos será o enfermeiro e o técnico de enfermagem e o responsável pelo controle de estoque será apenas o enfermeiro.

A equipe também registrará os idosos acamados e/ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa. A agenda da equipe estará organizada para a realização de 3 visitas domiciliares semanais. No sistema de alerta desenvolvido, a equipe saberá quais idosos necessitarão do hemoglicoteste. Para isso, a equipe também solicitará que o gestor disponibilize glicômetro e fita de hemoglicoteste na UBS. Esses materiais serão solicitados num ofício à coordenadora de atenção básica na semana prévia a início da intervenção. Os responsáveis pelas ações mencionadas serão a médica e o enfermeiro.

No que tange a saúde bucal dos idosos, a equipe organizará uma agenda para atendimento odontológico prioritário aos idosos, considerando as suas necessidades individuais. Mas para isso, o apoio do gestor também será solicitado para a promoção de ações que vão além das realizadas pelo enfermeiro e pela médica e para negociar a priorização dos atendimentos odontológicos aos idosos no município. Além disso, a médica e o enfermeiro solicitarão material odontológico emprestado do odontólogo do município para exemplificar a correta escovação dos dentes e das próteses dentárias. As ações serão realizadas na UBS.

A equipe pretende manter as informações do SIAB atualizadas e implantar planilha/registro específico de atendimento aos idosos. Nos registros específicos, uma coluna será incluída para que a equipe realize o controle e o monitoramento da entrega da caderneta de saúde ao idoso de acordo com o planejamento. Além disso, se pactuará com a equipe o registro sistemático das informações e se organizará um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, atraso na realização de exame complementar, não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados. O responsável pelo monitoramento dos registros será o enfermeiro e a médica. Para essa desenvolver esse controle a médica e o enfermeiro solicitarão ao

gestor municipal a disponibilização de 136 Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa. Outros recursos, como caneta para o preenchimento da Caderneta também serão solicitados.

O atendimento aos idosos com maior risco de morbimortalidade, fragilizados na velhice e com rede social deficiente serão priorizados pela equipe. Esses idosos serão atendidos no mesmo dia na UBS, mesmo que a capacidade já tenha sido excedida e, se necessário, será realizada a visita domiciliar. Para isso a equipe de saúde deve estar informada acerca do atendimento no dia desses usuários. O responsável será o enfermeiro e a médica.

### 2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS.	x	x				x				x				x		
Cadastro e atendimento clínico dos idosos da área de da UBS.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Contato com lideranças comunitárias	x					x						x				
Educação em saúde - Grupo de idosos.				x				x				x				x
Busca ativa em área sem ACS.			x				x				x				x	
Realização das visitas domiciliares.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitoramento de acamados e/ou com problemas de locomoção.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Rastrear para detecção de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Avaliação odontológica.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Busca ativa dos idosos faltosos às consultas.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitoramento da intervenção.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Apresentação dos resultados para a equipe, para os gestores e para a comunidade																X

- A apresentação dos resultados para equipe, gestores e comunidade aconteceu nas respectivas datas: 08, 09 e 10 de junho de 2015.



### **3 Relatório da Intervenção**

Com o Programa de Melhoria da Atenção à pessoa idosa na UBS Vila Central alcançamos 74,5% de cobertura. É interessante mencionar que a intervenção foi estruturada inicialmente para ser realizada em 16 semanas, mas por orientações da UFpel o tempo foi reduzido para 12 semanas. Com exceção da entrega de CSPI que alcançou 97,1% dos idosos cadastrados na UBS e da primeira consulta odontológica que foi oferecida para 16,8% dos idosos, os demais indicadores de qualidade atingiram 100% da população alvo cadastrada. Resumidamente, 100% dos usuários acompanhados realizaram avaliação multidimensional rápida, exame clínico em dia e receberam a solicitação para a realização de exames complementares periódicos. No caso de usuários portadores de diabetes e hipertensão, foi realizada a prescrição de medicamentos pela Farmácia Popular. Foram avaliados os riscos de morbimortalidade, fragilização na velhice e avaliação da rede social em dia. Também foram oferecidas orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e cuidados de saúde bucal.

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Antes de iniciarmos a intervenção eu expus os objetivos e metas propostos no Projeto de Melhoria da atenção à pessoa idosa para a equipe de saúde. Tinha como objetivo envolvê-los na intervenção e, conseqüentemente, atingir os resultados esperados. Para aumentar nossa cobertura para 85% (que foi a meta estabelecida), era necessário cadastrar 157 idosos ao longo de 4 meses. Para tanto, foi organizada

uma agenda de atendimentos na UBS que permitisse atender aproximadamente 12 idosos da área de abrangência por semana. Ou seja, deveriam ser avaliados 10 idosos semanalmente e, se necessário, 2 visitas domiciliares deveriam ser realizadas. Isso resultaria em 40 usuários mensais, para os 4 meses da intervenção. Além disso, o objetivo era tornar essa agenda factível para que o atendimento a essa população se tornasse rotina na UBS. Os indicadores de qualidade deveriam atingir 100% da população cadastrada e deveriam ser entregues 7 Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) semanalmente. Considerando que apenas 48 idosos tinham a CSPI, seria necessário entregar 109 CSPI ao longo da intervenção.

Como resultado da mudança no período de intervenção de 16 semanas para 12 semanas, a partir da 7ª semana da intervenção foi necessário ajustar agenda e o cronograma para que pudéssemos atingir melhores resultados. Para isso, nas últimas 5 semanas da intervenção seria necessário realizar o atendimento clínico de 15 usuários por semana para atingir os indicadores de cobertura num tempo menor. Para a melhoria dos indicadores de qualidade seria necessário entregar aproximadamente 12 CSPI semanalmente.

No início da intervenção foi realizada uma reunião com os gestores de saúde e com a prefeita do município com o objetivo de divulgar o Projeto de Intervenção e pedir apoio dos mesmos para o desenvolvimento das ações programadas.



**Figura 2 - Reunião com os gestores da Secretaria Municipal de Saúde**



**Figura 3 - Reunião com os gestores do município de Cantá**

Mas apesar dos gestores mostrarem-se interessados na implementação do Programa de melhoria da atenção à pessoa idosa na UBS Vila Central, a falta de meios de transporte da secretaria de saúde dificultou o desenvolvimento das atividades. Com o apoio da prefeitura foram disponibilizados 2 carros, um para cada 2 equipes de saúde. Isso resolveu parcialmente o problema, pois as UBS ficam muito distantes uma da outra e isso acaba gerando atrasos na chegada dos médicos na UBS.

Cabe destacar, que nossa área de abrangência tem características particulares, sendo que dentro da área existem 3 UBS distantes uma das outras em mais de 40 Km. Por isso, é imprescindível o apoio no deslocamento para a realização da intervenção, pois a moradia dos usuários em chácaras (casas com pequenas extensões de terra) dificulta o acesso dos usuários às ações programáticas e o acesso da equipe durante a busca ativa. Outra característica importante que afeta a realização da busca ativa em alguns momentos é que devido a extensão territorial, o atendimento é oferecido pelo enfermeiro e pela médica apenas 1 vez na semana em cada UBS da área de abrangência. Por isso, se os usuários não receberem busca ativa no mesmo dia ou o mesmo não for encontrado em sua residência, o

atendimento fica agendado para a próxima semana. E, se isso ocorrer na 4ª semana do mês, os indicadores de qualidade são diretamente afetados.

Devido a essas questões, a realização da busca ativa foi desenvolvida parcialmente no primeiro mês da intervenção. E, no segundo e terceiro mês da intervenção essa ação só foi desenvolvida integralmente em decorrência da maior organização e apoio dos integrantes da equipe de saúde.

Das ações planejadas, destaca-se que a divulgação do projeto de intervenção foi realizada de forma exitosa na UBS Vila Central. Com o apoio dos gestores conseguimos oferecer à comunidade serviço de vacinas e atendimento clínico aos usuários. Nesse mesmo dia também realizamos visita domiciliar aos idosos acamados e/ou com problemas para se deslocar até a UBS. Essas atividades foram desenvolvidas integralmente. Além disso, foi realizada uma ação com apoio de vacinadoras na UBS São Raimundo para divulgação do projeto e, nas semanas posteriores foi realizada a vacinação na UBS Santa Rita.



**Figura 4 - Divulgação do projeto de intervenção**

Atividades planejadas, por exemplo, na Vicinal 1 só foram possíveis devido ao apoio de parceiros que disponibilizaram seu transporte pessoal. Nestes lugares que não tinham ACS, as atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças deveriam acontecer uma vez por mês, mas apenas duas ações puderam ser

realizadas. Conforme citado, uma ação foi realizada na Vicinal 1 e outra Vicinal 3 e Confiança 2.

Também realizamos uma ação de saúde na Tatajuba 1, a qual só foi possível devido ao apoio da secretaria de saúde em conjunto com integrantes da nossa equipe que disponibilizaram o combustível e o carro. Na Tatajuba 1 foi criado um grupo de idosos que atinge as micro-áreas da Tatajuba 1 e 2, com o objetivo de levar aos usuários das áreas mais distantes maior qualidade no atendimento.

À pedido da secretaria de saúde, também foram realizadas ações de saúde fora da área de abrangência, ou seja, em comunidades distantes que não tinham médico como, por exemplo, Taboca e a Vila São Sebastião.

As atividades com o grupo de idosos (tendo em vista que a nossa UBS conta com 2 unidades de extensão, foram criados 2 grupos de idosos até o momento e foram realizadas 2 atividades com os grupos. De acordo com o cronograma, uma atividade ficou pendente devido aos problemas com o deslocamento. Mas a referida atividade será realizada em datas próximas.

A realização no controle e estoque de medicamentos foi realizada com a frequência planejada, assim como, a atualização nos registros de necessidades de medicamentos. Durante os três meses da intervenção enfrentamos a falta de alguns medicamentos de HIPERDIA. Mas embora alguns medicamentos não tenham sido entregues aos usuários, todos receberam orientações para adquirir o medicamento pela Farmácia Popular.

Neste período também participamos de capacitações na Universidade Federal de Roraima (UFRR), como, por exemplo, capacitação de Tuberculose.



**Figura 5 - Capacitações dos profissionais de saúde**

As capacitações dos profissionais de saúde da unidade para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado ocorreram em diversos espaços e momentos, ou seja, após as ações de saúde como as realizadas na Vicinal 3, Confiança 2 e outras na própria UBS, segundo planejamento, como na Santa Rita, São Raimundo e Vila Central. As UBS de extensão da nossa área de abrangência são locais provisórios e, por isso, não contamos com meios audiovisuais. Isso não tem sido um obstáculo para a realização das atividades.



**Figura 6 - Capacitação dos profissionais da equipe**

O contato com lideranças da comunidade foi realizado. Entramos em contato com a administradora da Vila Central que nos ofereceu um local para a realização

de algumas atividades. No entanto, este espaço está sendo utilizado para outras atividades com os adolescentes da vila que não estão vinculados a nenhum centro laboral e que estão realizando trabalhos manuais. A comunidade também planejou a construção de um amplo local para o desenvolvimento de atividades de grupo e, para tanto, solicitou o apoio dos gestores municipais em conjunto com parceiros da comunidade. Estas atividades aconteceram por meio de contatos com a administradora, com o representante das Igrejas na Vila Central e com outros líderes não formais. Não foi possível reunir todos para reuniões coletivas de lideranças, mas foram possíveis conversas muito interessantes que estão tendo resultado (como o apoio de local para atividades coletivas) e que trarão no futuro melhoria na qualidade da atenção na área de abrangência (o planejamento de construção de um malocão para atividades em saúde).

Os atendimentos clínicos aos usuários aconteceram segundo planejamento inicial. Apesar das dificuldades enfrentadas pela falta de transporte, semanalmente foram agendados os usuários para atingir a meta de cobertura esperada e, mais importante, de forma compatível com o trabalho nas UBS.

O atendimento clínico aos usuários assim como as visitas domiciliares foram realizadas segundo planejamento e necessidades de forma satisfatória e integral. Os usuários com problemas de deslocamento e/ou acamados também foram monitorados integralmente.





**Figura 7 - Visita domiciliar**



**Figura 8 - Visita domiciliar**



Outra atividade realizada integralmente foi o rastreamento de usuários para Hipertensão Arterial Sistêmica e cifras de pressão arterial sustentada maior de 135/85 mmHg, que foi muito importante e resultou em novos diagnósticos da doença.

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi realizada em 100% dos usuários acompanhados e as orientações de saúde bucal também foram transmitidas.

As CSPI foram entregues, mas não a 100% dos usuários. Essa meta não foi alcançada pela falta de CSPI na primeira etapa da intervenção.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Devido as dificuldades apresentadas, como a falta de transporte, por exemplo, não realizamos a ação de saúde agendada para outra micro área descoberta, Picadão. A ação foi planejada para o final de maio. Também devemos mencionar que a secretaria de saúde atendeu a solicitação da equipe e disponibilizou uma ACS para trabalhar na micro área de Picadão. A ACS já deu início ao cadastramento da população. O cadastro não é significativo e não superou 10 famílias, mas segundo o esperado pela ACS encarregada pela micro-área, devem existir aproximadamente 15 idosos que não estavam sendo acompanhados pela UBS e que já estão sendo encaminhados para atendimento clínico. A realização da primeira consulta odontológica nos idosos acompanhados aconteceu numa porcentagem tão baixa, que acabou por se caracterizar como uma grande preocupação para a equipe de saúde. Essa meta não é representativa para a intervenção realizada. Apesar de algumas estratégias adotadas pelos integrantes da equipe, não conseguimos melhores resultados. No início da intervenção conversamos com o dentista e solicitamos que ele priorizasse o atendimento dos idosos.

E, mesmo com a grande demanda de problemas odontológicos agudos existentes e sendo a UBS polo do município o único lugar que oferece este serviço, o referido profissional recebeu bem a ideia e se colocou a disposição para nos

apoiar na tarefa. Também realizamos o agendamento das consultas e avisamos a todos os idosos cadastrados, mas ainda assim muitos idosos não realizaram a consulta odontológica. As causas mais frequentes mencionadas pelos idosos foram dificuldades no deslocamento, carências econômicas e moradias em lugares de difícil acesso.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Uma semana antes da intervenção procuramos manusear a planilha de coleta de dados do idoso, mas mesmo assim encontramos dificuldades nos seu preenchimento durante as primeiras semanas da intervenção. Por exemplo, existiram dúvidas no preenchimento acerca do idoso que estava com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular, pois inicialmente acreditávamos que deveriam receber a prescrição apenas aqueles usuários com doenças crônico-degenerativas.

Foi difícil para nossa equipe coletar os dados referentes aos usuários que tiveram a primeira consulta odontológica programática, pois a mesma foi realizada em Boa Vista e não em nosso município. Isso acontece pela alta demanda espontânea existente na UBS polo municipal, por isso alguns usuários se deslocaram a outros municípios.

Outra dúvida foi referente ao preenchimento das orientações individuais sobre saúde bucal em dia, pois a equipe oferece orientações sobre o tema, mas existiram dúvidas se para o preenchimento se falava de orientações realizadas pela equipe odontológica ou pela equipe de saúde.

No caso dos diários, foi um desafio realiza-los, ainda mais nas primeiras 5 semanas. Os problemas no transporte, o excesso de demanda espontânea, a necessidade de priorizar outros programas como atenção ao pré-natal e puerpério, a instabilidade no retorno dos profissionais, consumiram muito tempo e, diversas vezes acabei fazendo o diário no próprio carro na volta do trabalho. Também ao chegar na minha residência inclui mais informações.

Quando o planejamento no transporte ficava organizado, o diário podia ser realizado com mais cuidado e maior qualidade. O melhor sem dúvidas seria ter escrito no diário durante o desenvolvimento das atividades ou imediatamente depois, mas nem sempre foi possível. Assim, muitas vezes tínhamos que lembrar alguns detalhes na noite para incluí-los no diário. Devemos dizer que as anotações rápidas logo após o atendimento auxiliaram na construção dos diários. Além disso, algumas não foram muito específicas e, por isso se fez necessário à revisão de alguns prontuários.

Após as primeiras 4 a 5 semanas melhoraram as anotações. Achamos interessante anotar no diário as visitas domiciliares realizadas, pois a planilha de coleta de dados do idoso conta com informações sobre os usuários que apresentam problemas no deslocamento ou usuários acamados que receberam visita domiciliar, mas não de outros usuários com problemas temporários no deslocamento como fraturas ósseas ou esguinças, por exemplo. Estas dúvidas foram respondidas pela orientadora quando apresentadas.

De grande ajuda foi o preenchimento das fichas-espelho. Inicialmente durante o exame clínico em alguns usuários não era realizada a medida do perímetro braquial, assim tínhamos que realiza-la perto do final do atendimento quando o usuário estava recebendo as orientações, por exemplo. Isso aconteceu apenas nos primeiros dias, hoje constitui uma atividade realizada como rotina.

Todas as fotos postadas no diário da intervenção e no TCC receberam o consentimento dos usuários e da equipe através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

As atividades da intervenção que viraram rotina e continuarão sendo desenvolvidas na UBS são: as atividades de grupo que já foram planejadas para serem desenvolvidas mensalmente na UBS Vila Central. Além disso, nas próximas semanas deve ser criado outro grupo de usuários idosos na UBS Santa Rita. O mesmo também será realizado mensalmente por mim e pelo enfermeiro. Esse grupo

será criado por solicitação da equipe de saúde, para facilitar o acesso dos idosos às atividades.

Cada UBS conta com o seu cronograma de atividades que incluem atividades de grupo e ações de saúde em áreas descobertas por ACS, em áreas com cadastro incompleto ou em micro áreas em que a equipe ou a própria comunidade julgam importante desenvolver ações de saúde. Com a continuidade dessas ações vamos incentivar a comunidade a participar da tomada de decisões junto com a equipe saúde e, conseqüentemente, vamos promover o engajamento público.

Também estão agendados contatos com líderes comunitários na UBS Santa Rita, pois no momento não existe administrador da Vila. A equipe solicitou para a Associação de Agricultores um espaço na própria sede da Associação para o desenvolvimento de atividades coletivas.

A agenda adotada pela equipe para priorizar o atendimento semanal dos usuários idosos continuará sendo utilizada.

A revisão do estoque de medicamentos e necessidades também continuará sendo fazendo parte do processo de trabalho da equipe.

As atividades de qualificação da prática clínica continuarão sendo realizadas com frequência mensal na UBS Vila Central, pois as mesmas foram muito bem aceitas pelos membros da equipe de saúde. Neste caso, as atividades de qualificação da prática clínica estão agendadas para o final do mês após o expediente de trabalho e devem acontecer na sexta-feira.

Foi solicitado apoio do odontólogo municipal para a priorização do atendimento os idosos. Para tanto, serão agendados em média 10 consultas semanais para os idosos da área de abrangência da UBS Vila Central. O número de consultas poderá variar de acordo com o excesso de demanda espontânea.

Todas estas atividades são viáveis de serem incorporadas no processo de trabalho da equipe e estão sendo planejadas para que isso se torne efetivo.

O cronograma tem sofrido mudanças e ajustes resultantes de várias dificuldades dentre elas: dias feriados, problemas de transporte e mudança de integrantes da equipe de saúde e mudanças de gestores de saúde.

O interessante é a positividade que a intervenção trouxe para a equipe de saúde. O que começou com pequenas mudanças e ajustes na agenda de trabalho, já é entendido como parte do trabalho de cada um. Sei que alguns indicadores de qualidade não foram atingidos ao longo das 12 semanas de intervenção, mas tenho

a certeza que posteriormente todas as metas serão alcançadas, inclusive o cadastramento de 100% da população da área de abrangência.

## 4 Avaliação da intervenção

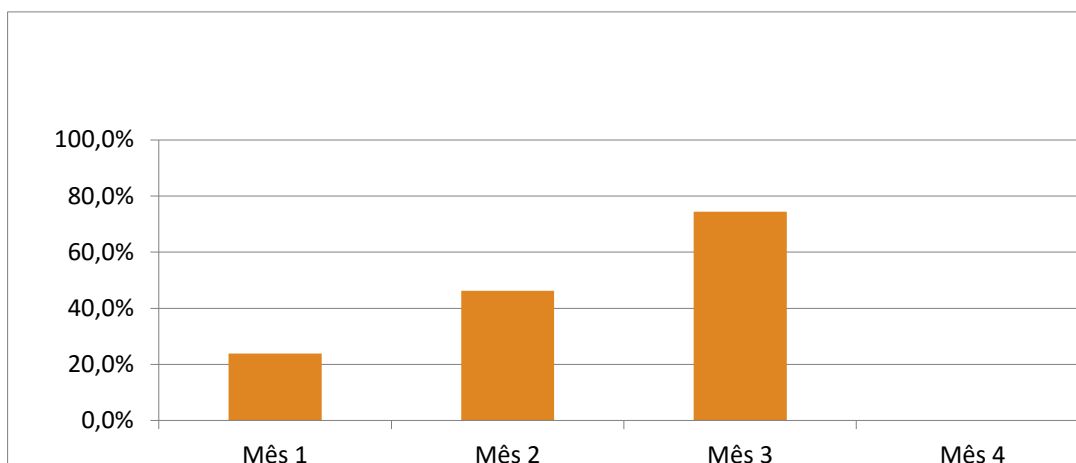
### 4.1 Resultados

Antes de iniciarmos a intervenção tínhamos 132 idosos cadastrados na UBS, o que representava 72% de cobertura da atenção à saúde da pessoa idosa. O interessante é que as estimativas do Caderno de Ações Programáticas demonstravam que havia em um importante grupo que não recebia nenhum acompanhamento da equipe de saúde, pois deveríamos ter 184 idosos cadastrados UBS Vila Central.

Após colocarmos em prática, ao longo de três meses, as ações voltadas para a melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS/ESF Vila Central, nos sentimos em condições de analisar os resultados alcançados no serviço ao longo desse período.

O objetivo geral da intervenção **foi melhorar a atenção à saúde do idoso na UBS/ESF Vila Central.**

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa até 85 %.



**Figura 9 - Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Vila Central. Canta, RR, 2015.**

Até 12ª semana da intervenção foram acompanhados 137 usuários, o que representa uma cobertura de 74,5%. A meta foi alcançada parcialmente, pois no final do terceiro mês de intervenção esperávamos ter cadastrado 145 idosos, atingindo uma cobertura de 76%.

A cobertura esperada no primeiro mês era de 21,7% e este indicador superou as nossas expectativas, pois atingimos 23,9% dos idosos da área de abrangência. Isso ocorreu devido ao acolhimento, cadastramento e atendimento clínico oferecido aos usuários que chegavam à UBS por outros problemas de saúde agudos ou acompanhamento de doenças crônico-degenerativas.

Já no segundo mês esperávamos alcançar uma cobertura de 46,2 % e a mesma foi alcançada. No terceiro deveríamos atingir 76% de cobertura na atenção à saúde da população idosa, mas não conseguimos atingir esse resultado. Isso foi em consequência dos problemas enfrentados com o transporte da médica até a área de abrangência da UBS e da falta de um veículo que estivesse disponível para transportar os integrantes da equipe de saúde até as áreas de abrangência da UBS. O interessante é que foram cadastrados 7 usuários novos que não estavam sendo acompanhados na UBS antes do projeto de intervenção, pois procuramos começar nas micro-áreas mais distantes.

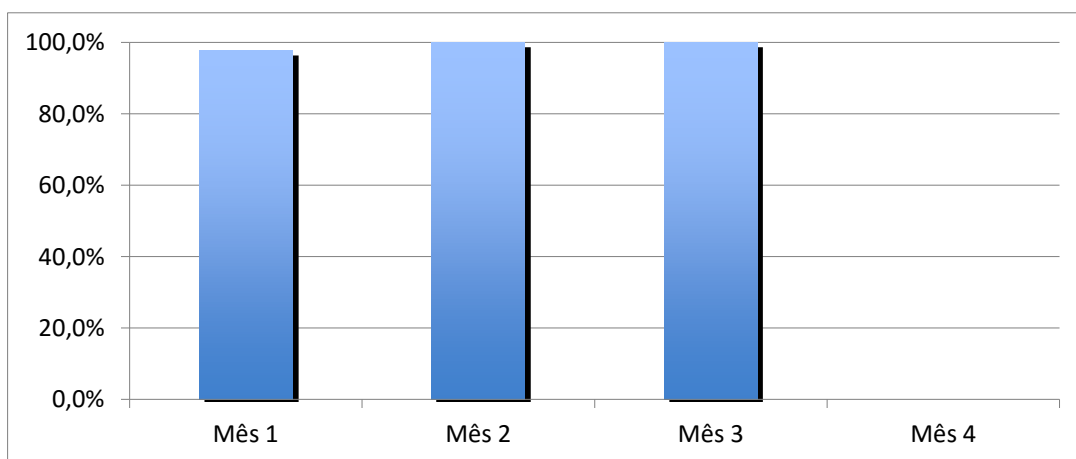
Das ações que considero foram de vital importância para aumentar a cobertura foram às ações de divulgação do projeto que resultaram num aumento da cobertura no primeiro mês superior ao esperado. Isso graças ao apoio dos gestores de saúde do município e dos gestores municipais, neste caso a prefeita do

município. As atividades planejadas e realizadas, por exemplo, na Vicinal 1, na Vicinal 3, Confiança 2 e na Tatajuba 1 foram muito importantes para o cadastro de usuários. O que dificultou o aumento da cobertura foi a não realização de todas as atividades mensais planejadas, como a ação no Picadão. No início da intervenção não tínhamos ACS nessas micro-áreas.

Outra ação que facilitou o cadastro dos idosos foi que no momento que um usuário chegava na UBS, ele já era acolhido, cadastrado e recebia atendimento clínico bem como todas as orientações necessárias. Muitas vezes o usuário ia na unidade por problemas de saúde agudos ou de outra causa. Esta atividade ajudou consideravelmente para que os problemas com o transporte não afetassem tanto a meta de cobertura.

Dentre os objetivos específicos, pretendíamos melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso na UBS. Dentre as metas relativas ao segundo objetivo temos:

**Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida em 100 % dos idosos da área de abrangência utilizando o modelo proposto pelo Ministério da Saúde.**



**Figura 10 - Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida. Canta, RR, 2015.**

Neste caso devemos destacar que apesar de se estarmos realizando a avaliação multidimensional rápida na maioria dos usuários acompanhados na UBS antes da intervenção, esta não apresentava a qualidade estabelecida pelo protocolo de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Atualmente podemos dizer que essa avaliação é realizada com toda a qualidade necessária. A proporção de idosos com

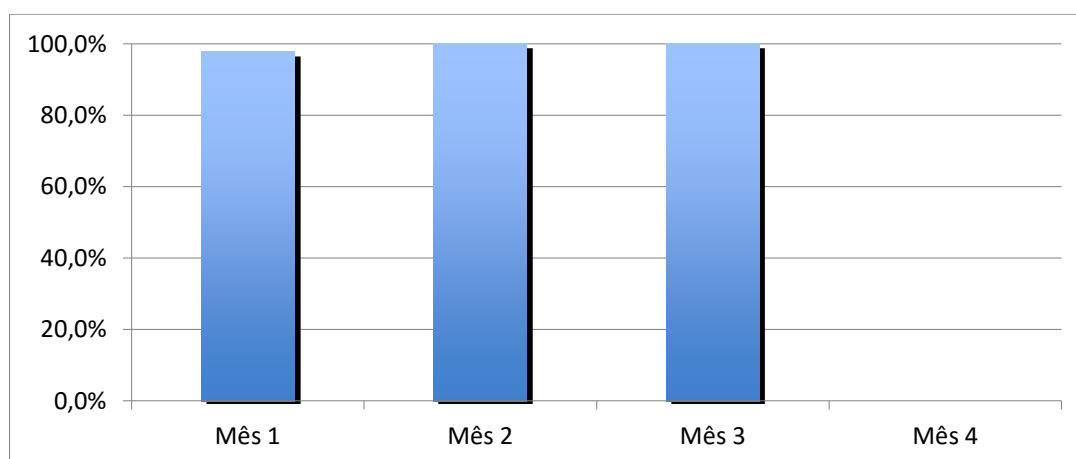


Avaliação Multidimensional Rápida em dia no primeiro mês foi de 97,7%, no segundo e no terceiro mês foi de 100%.

Essa meta foi alcançada parcialmente no primeiro mês, mas evoluiu adequadamente chegando a 100% nos meses subsequentes. No primeiro mês apenas 43, dos 44 usuários cadastrados receberam Avaliação Multidimensional Rápida. E isso ocorreu devido às características da área de abrangência, que é rural, e ao fato da equipe oferecer atendimento apenas uma vez por semana em cada uma das UBS, o que impossibilita a realização da busca-ativa no mesmo dia em que o usuário faltou a consulta. Nesse sentido, como o usuário faltou a consulta na última semana da intervenção e não conseguimos encontra-lo na sua residência, a meta ficou abaixo dos 100%.

Nos demais meses não apresentamos este problema, pois procuramos organizar adequadamente o serviço para isso não voltasse a acontecer (isso foi realizado na revisão dos usuários presentes antes de realizar o acolhimento, detectando prontamente os faltosos e saindo os ACS na sua busca ativa).

Meta 2.2: Realizar exame físico apropriado em 100% das consultas com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos pés e exame de sensibilidade dos idosos diabéticos.



**Figura 11 - Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia. Canta, RR, 2015.**

No caso do indicador proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia, devemos dizer que estes indicadores deveriam atingir 100% todos os meses da intervenção, mas isso não ocorreu da forma planejada. No primeiro mês

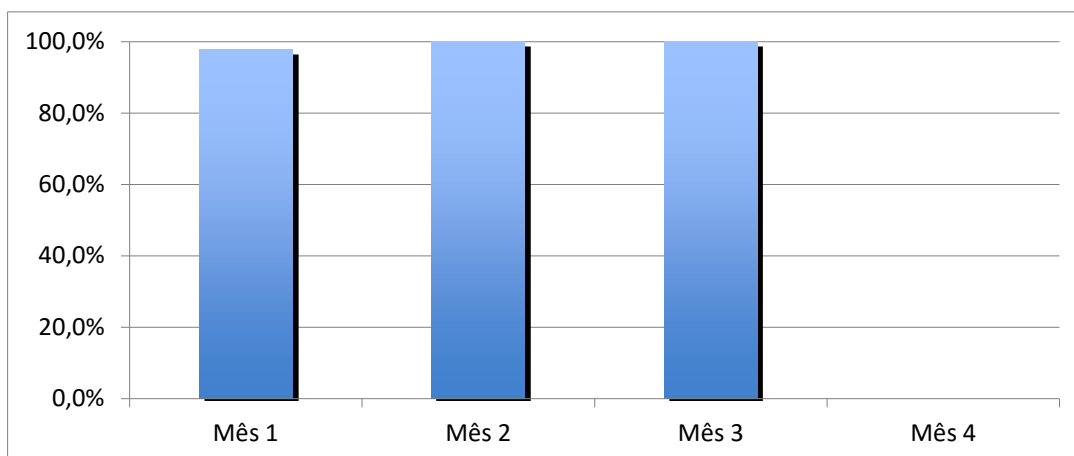
conseguimos oferecer exame clínico apropriado para 97,7% dos idosos cadastrados e nos meses seguintes atingimos 100% da população alvo cadastrada. Essa meta não foi atingida porque um usuário faltou à consulta na última semana do primeiro mês de intervenção.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos para 100% dos idosos diabéticos e/ou hipertensos.

No indicador proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia, tínhamos como meta solicitar exames complementares periódicos para 100% dos idosos diabéticos e/ou hipertensos cadastrados na UBS. No primeiro mês 19 usuários receberam a solicitação para a realização de exames complementares, no segundo mês 42 usuários receberam essa solicitação e no terceiro mês 62 usuários hipertensos e/ou diabéticos saíram da UBS com a solicitação de exames complementares periódico em dia, o que resulta em 100% de qualidade nos três meses avaliados. O indicador comportou-se segundo o esperado em todo o período.

O que facilitou o desempenho deste indicador foram as atividades desenvolvidas pela equipe de monitoramento e avaliação, que analisavam o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e de acordo com a periodicidade recomendada.

Meta 2.4: Priorizar para 100% dos idosos a prescrição dos medicamentos da farmácia popular.



**Figura 12 - Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. Canta, RR, 2015.**

No primeiro mês 97,7% dos idosos cadastrados saíram da UBS com a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, mas no segundo e no terceiro mês conseguimos atingir a meta de 100%.

No primeiro mês, isso não foi possível pelo fato do usuário faltoso a consulta não ter sido avaliado durante a atividade programada. O indicador proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular evoluiu satisfatoriamente alcançando os resultados esperados no final da intervenção.

O que facilitou a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular aos usuários foram as orientações aos usuários e a comunidade sobre o direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e sobre possíveis alternativas para obter este acesso. Essas orientações foram transmitidas no decorrer das ações coletivas e nos atendimentos individuais.

**Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.**

No indicador, proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, devíamos cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Foram acompanhados no primeiro mês 5 usuários, 6 no segundo mês e 8 usuários no terceiro mês. Foram acompanhados ao final do período, 100% dos usuários acamados ou com problemas no deslocamento cadastrados na área de abrangência. O interessante é que com a busca ativa, encontramos um novo usuário que não estava sendo acompanhado pela equipe de

saúde. Isso aconteceu no primeiro mês na UBS Vila Central com um morador numa chácara da área de abrangência, ele tem 90 anos de idade e está sendo acompanhado frequentemente por meio de visitas domiciliares. Nesse sentido, cadastramos 100% dos idosos acamados e com problema de locomoção que moram na área de abrangência da UBS.

Dentre os usuários acamados ou com problemas no deslocamento, podemos destacar que três idosos cadastrados sofreram uma queda em sua residência uma usuária é portadora de Alzheimer, um usuário apresenta sequelas secundárias devido a acidente cérebro vascular, um sofre de espondiloartrose de coluna lombar e idade avançada associado, outro é portador de neurofibromatose e escoliose, e uma usuária sofreu amputação de membro inferior esquerdo secundário a pé diabético.

A senhora Maria Medina Da Silva, que sofreu queda com fratura do quadril há 2 anos recebeu visita domiciliar e foi avaliada na sua própria moradia com exame clínico apropriado e solicitação de exames complementares periódicos. Também foi solicitado o Rx de quadril para avaliar a fratura e a possibilidade de cirurgia. É importante mencionar que a idosa encontrava-se em casa com seu esposo, que também é idoso e tem dificuldade de deslocamento. O almoço estava pronto e era perto das 11:00 horas, mas a filha que nesse tempo os acompanhava tinha saído. Preocupados com essa situação, mandamos procurar o esposo da filha, único familiar que estava trabalhando na plantação perto da moradia dos idosos. Os familiares desconheciam o motivo pelo qual a senhora não havia sido operada até aquele momento. A partir da visita semanal realizada pela ACS e da visita quinzenal realizada pelo enfermeiro e/ou a médica foi solicitado o acompanhamento permanente destes usuários pelos familiares, o que melhorou consideravelmente a doença crônica do esposo da usuária (DM) e as condições sanitárias na moradia.

Outro usuário acamado que preocupou bastante a equipe foi o senhor Teodoro, que encontramos numa rede com edema de membros inferiores e que apenas ficava fora do quarto. Foram solicitados os exames complementares, avaliados os resultados e medicado para a insuficiência cardíaca e a DPOC. Está sendo acompanhado quinzenalmente pela médica e pelo enfermeiro e semanalmente pela ACS.

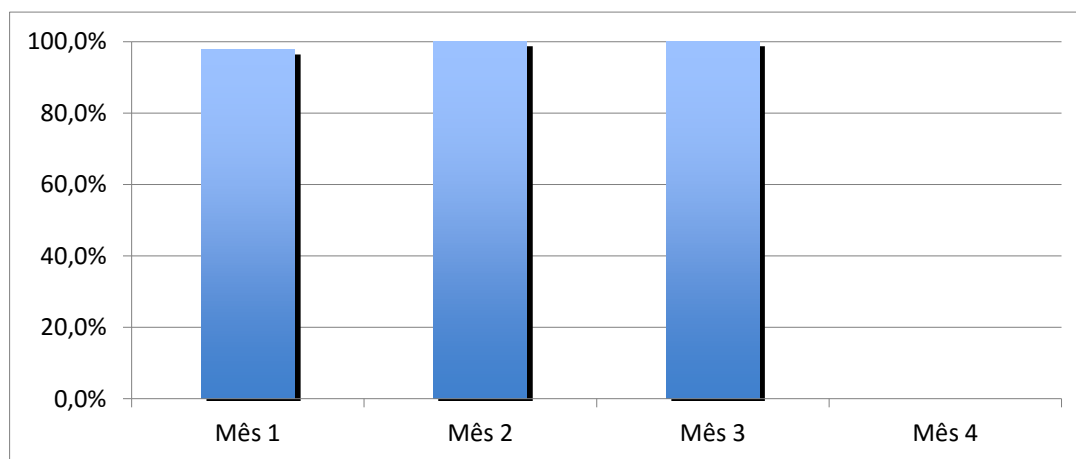
Meta 2.6: Realizar visitas domiciliares para 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

No que se refere a proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar, deveríamos ter visitado 100% dos usuários nesta condição durante a intervenção. Nesse sentido, no primeiro realizamos visitas domiciliares para 5 (100%), no segundo mês visitamos 6 (100%) usuários e no terceiro mês 8 (100%) usuários acamados ou com problemas de deslocamento receberam visita domiciliar. Isso resulta em 100% dos idosos acamados ou com problemas de deslocamento visitados em todos os meses da intervenção.

O que facilitou a detecção de usuários com problemas de deslocamento ou acamados foi à boa comunicação da equipe, especialmente dos ACS que informavam a necessidade de visitas domiciliares. Sempre preocupados com as metas propostas e com a qualidade da atenção, eles frequentemente disponibilizaram o seu transporte pessoal para que a médica e o enfermeiro pudessem realizar as visitas domiciliares. O engajamento da equipe tem sido fundamental em todos os aspetos.

O trabalho também foi facilitado devido a agenda adotada para a realização da visitas domiciliares aos idosos acamados ou com problemas de locomoção que foi organizada de forma que a médica pudesse realizar 3 visitas domiciliares semanais.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).



**Figura 13 - Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta. Canta, RR, 2015.**

O próximo indicador é a proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta. Esperávamos rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), no entanto, é interessante mencionar que antes de iniciarmos a intervenção apenas 35 (27%) idosos eram portadores de HAS e, após o término da intervenção 62 (45,2%) usuários foram diagnosticados com hipertensão dos 137 usuários acompanhados no período e 2 usuários ainda estão com o diagnóstico pendente. No primeiro mês 97,7% dos idosos foram rastreados para HAS, no segundo e no terceiro mês 100% dos usuários foram rastreados para HAS. Assim, o indicador discutido evoluiu satisfatoriamente. A meta do primeiro mês não foi atingida porque tivemos um usuário faltoso à consulta.

A realização do acolhimento em conjunto e, posteriormente, a realização da triagem constituiu-se como uma ferramenta importante para o rastreamento de HAS. Os integrantes da equipe avaliavam a presença de sintomas e aferiam a pressão arterial posteriormente. Os usuários que apresentaram cifras tensionais 120/139 de sistólica e 80/89 diastólica foram considerados pré-hipertensos e foram seguidos por mapeamento da pressão arterial. Se no momento da aferição da pressão arterial o enfermeiro e a médica estivessem em atendimento clínico, a equipe de acolhimento transmitia a informação e priorizava o idoso com a pressão elevada, onde médica e/ou o enfermeiro iam imediatamente realizar atendimento ao usuário em questão. O outro usuário que estava sendo atendido no momento era informado sobre a situação ficava no consultório aguardando o retorno da médica. Durante a qualificação da prática clínica a equipe foi capacitada para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para a realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou em idosos com HAS, isso facilitou muito o trabalho.

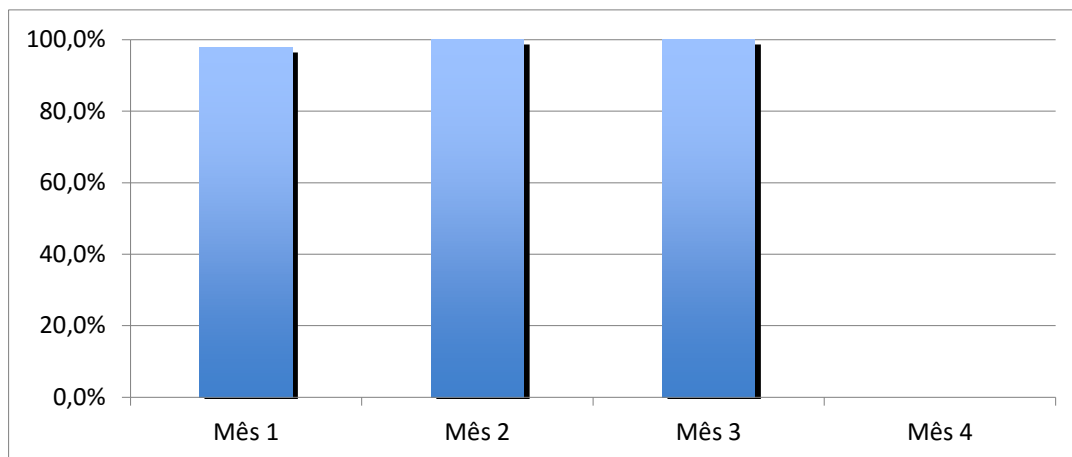
As orientações oferecidas nas atividades individuais e coletivas sobre a importância de medir a pressão após os 60 anos de idade, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS, sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para DM e HAS facilitaram o trabalho da equipe. Com o rastreamento da pressão arterial realizado nos usuários acompanhados e segundo critérios diagnósticos na UBS, foram diagnosticados 27 usuários portadores de HAS. Nestes usuários realizou-se a classificação da pressão arterial e a avaliação de risco

cardiovascular (cálculo de escore de Framingham). Foram adotadas condutas dependendo da classificação de risco individual e cifras de pressão arterial em cada um, onde estão sendo acompanhados no programa HIPERDIA. No que se refere aos usuários diabéticos, eram conhecidos apenas 6 usuários portadores desta doença antes da intervenção. Após as 12 semanas, através do rastreamento por meio do hemoglicoteste, foram diagnosticados 3 usuários com a doença, 2 deles assintomáticos e 1 usuário com sintomas clínicos da doença. Nestes usuários diagnosticados, foram solicitados os exames e adotada a conduta individualizada em cada caso, também estão sendo avaliados no programa de HIPERDIA. Todos estes usuários diagnosticados com HAS e diabetes serão acompanhados com frequência quadrimestral (isso de forma individualizada poderá ser ajustado a uma frequência maior em usuários frágeis ou rede social deficiente).

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com cifras de pressão arterial sustentada maior de 135/85 mmHg para HAS e DM.

No que se refere à proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes, destacamos que deveríamos rastrear 100% dos idosos hipertensos para DM. Assim, no período avaliado foram rastreados os 62 usuários hipertensos para diabetes mellitus, alcançando 100% dos idosos cadastrados. No primeiro mês foram rastreados para diabetes 18 usuários, no segundo mês 41 usuários e no terceiro mês 62 usuários. Dessa forma o indicador se comportou segundo o esperado em cada mês e alcançamos 100% dos usuários cadastrados. Em todos os usuários portadores de HAS foi realizado o hemoglicoteste e durante o exame clínico foram examinados os pés na procurar possíveis alterações relacionadas à DM.

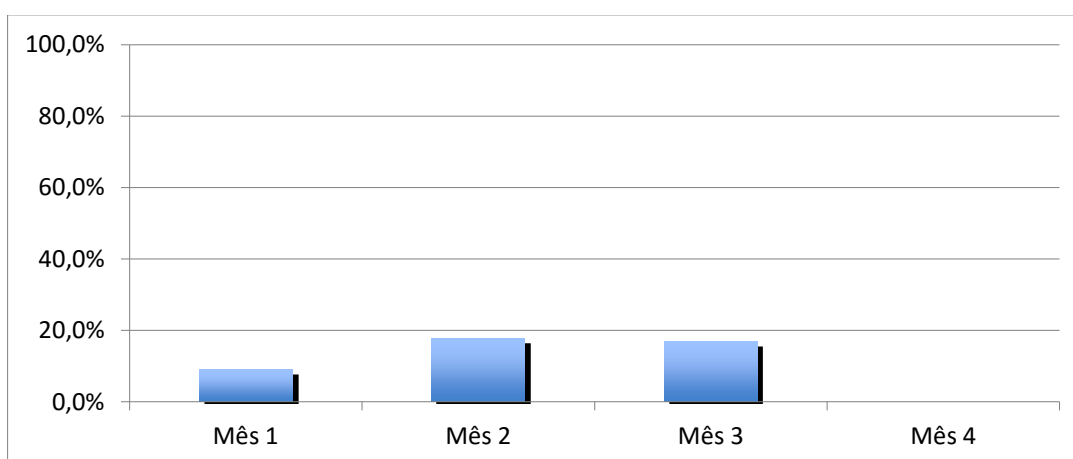
Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100 % dos idosos.



**Figura 14 - Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Canta, RR,2015.**

Sobre a proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico tínhamos como meta realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100 % dos idosos. A meta foi cumprida no segundo e terceiro mês, mas não no primeiro mês alcançamos apenas 97,7% dos usuários cadastrados. Isso por que um usuário faltoso à consulta não foi avaliado na data agendada. Ainda assim, o indicador evoluiu adequadamente e atingiu os resultados esperados no final do período em estudo.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica em 100% dos idosos acompanhados.



**Figura 15 - Proporção de idosos com a primeira consulta odontológica programática. Canta, RR,2015.**



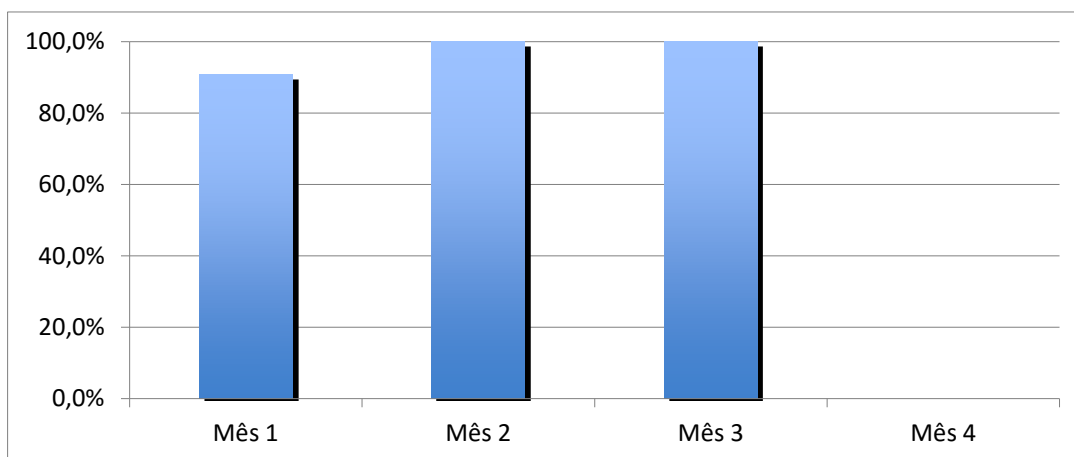
No que tange a proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática em dia, tínhamos com meta realizar a primeira consulta odontológica em 100% dos idosos acompanhados. Mas para alcançar essa meta tivemos muitas dificuldades, e nossos indicadores ficaram muito baixos. No primeiro mês, apenas 4 (9,1%) usuários realizaram a primeira consulta odontológica programática, no segundo mês 15 (17,6%) e no terceiro mês 23 (16,8%) usuários realizaram a consulta odontológica programática. Assim sendo, o indicador em questão não evoluiu satisfatoriamente no período e ainda estamos procurando alternativas para melhorar a atenção odontológica na área de abrangência. As deficiências neste tempo mostraram as debilidades encontradas no sistema. Após o primeiro mês da intervenção nos reunimos com o odontólogo do município (e apesar do excesso de demanda existente no seu serviço, pois é o único lugar onde a atenção odontológica é oferecida) ele ofereceu seu apoio para priorizar o atendimento dos idosos da área de abrangência, mas ainda assim, a assistência não foi suficiente. As consultas odontológicas foram agendadas e informadas aos usuários com antecedência, mas foram muitos os usuários faltosos por diversos motivos, dias festivos, reagendamentos e falta de transporte dos usuários para se deslocar até a UBS polo do município.

Ainda na procura de soluções solicitamos aos gestores municipais de saúde que o serviço odontológico fosse oferecido em outras UBS no município. Foi contratada uma odontóloga para a UBS Felix Pinto que se encontra fora da área de abrangência, mas que fica próxima a UBS Santa Rita, mas a odontóloga ofereceu a atenção à população por apenas 2 semanas. Não conhecemos as causas que produziram o abandono da odontóloga do trabalho na UBS mencionada, mas após as essas duas semanas não retornou à área de abrangência. A coordenadora de AB refere que estava relacionado com problemas pessoais. Sem dúvidas precisamos melhorar a atenção odontológica na área de abrangência.

Uma das ações que ajudou na detecção deste problema foi às reuniões da equipe de monitoramento e avaliação onde revisávamos as fichas-espelho dos idosos e o livro odontológico, com isso encontrávamos as incongruências entre os idosos com necessidade de atendimento odontológico e os poucos que receberam a primeira consulta odontológica programática.

Relativas ao objetivo 3– Melhorar a adesão do idoso ao Programa de saúde do idoso na UBS.

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas.



**Figura 16 - Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa. Canta, RR, 2015.**

O próximo indicador é proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa. A meta era buscar 100% dos idosos faltosos às consultas. Esse indicador alcançou 100% no segundo e o terceiro mês. No primeiro mês, apenas 10 de 11 idosos faltosos às consultas receberam busca ativa, o que fez com que atingíssemos apenas 90,9% da meta estipulada. O que afetou a busca ativa foi a distância das residências dos usuários, que moram em chácaras distantes da UBS Vila Central e das UBS de apoio.

O indicador evoluiu satisfatoriamente atingindo 100% no final do período avaliado.

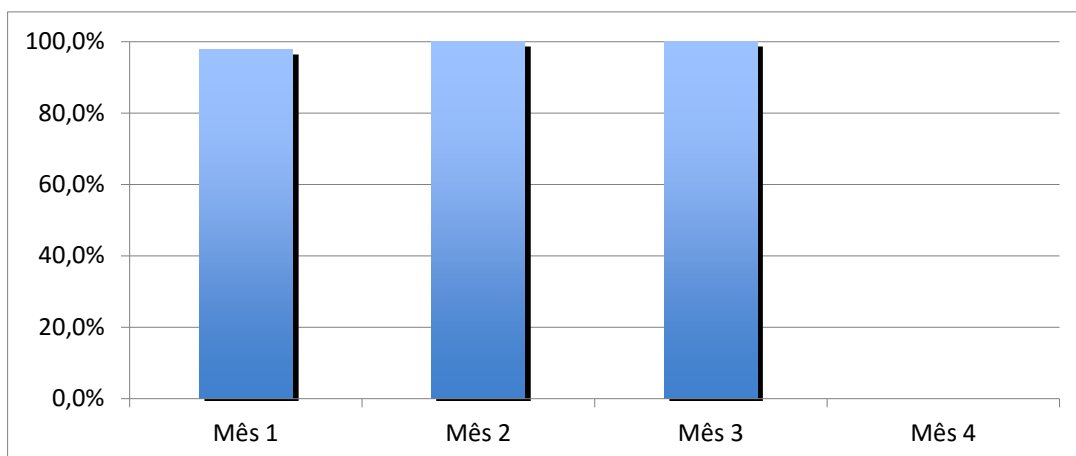
Ações realizadas o mais próximo possível da moradia dos usuários facilitaram o acesso, pois estamos falando de um grupo etário que em muitos casos precisa de ajuda para se deslocar até UBS e nem sempre dispõe de meios de transporte próprios. Nesse sentido, o que dificultou essa ação foi à falta de transporte.

Para melhorar a adesão ao Programa de saúde do idoso, as ações de monitoramento e avaliação foram de suma importância, pois com a revisão das fichas-espelho e o livro de registro conseguíamos ter o controle de todos os indicadores da intervenção. O sistema de alerta criado no seguimento, constituído

pelos prontuários e fichas-espelho organizadas na data de retorno do usuário também contribuíram de forma importante. Na sexta-feira, os prontuários presentes na data da semana cursada indicavam a ausência do idoso e alertavam a necessidade de realizar a busca ativa. A partir do segundo mês da intervenção, devido a dificuldade apresentada para alcançar 100% de busca ativa, os usuários os agendamentos eram revisados diariamente após o atendimento clínico pelo enfermeiro e pela médica. Os usuários faltavam as ações programadas fundamentalmente por problemas de transporte. Por exemplo, 8 usuários que moravam na vila que possui UBS faltaram às atividades, destes 4 que alegaram que esqueceram a atividade, 3 que encontravam-se em outra área visitando um familiar e 1 que estava viajando para a capital do estado. Os demais, que totalizam 23 usuários, moravam nas vicinais mais distantes da UBS. Por exemplo, a vicinal 1 está a aproximadamente 22 Km da UBS Santa Rita. Outros usuários podem ser considerados que moram na vila propriamente dita, mas moram em chácaras que ficam a 10 Km de distância da UBS por exemplo, isso sem contar que se os familiares dos usuários não possuísem meios de transporte próprios, eram obrigados a caminhar essa extensão. Por isso, a equipe optou por agendar as visitas domiciliares a muitos destes usuários. Também temos que considerar que no caso das vicinais que possuem ônibus para o deslocamento fora da vicinal (nem todas possuem), o custo do transporte nem sempre é baixo, e nossa população carente nem sempre pode pagá-lo.

Relativas ao objetivo 4– Melhorar o registro das informações na UBS.

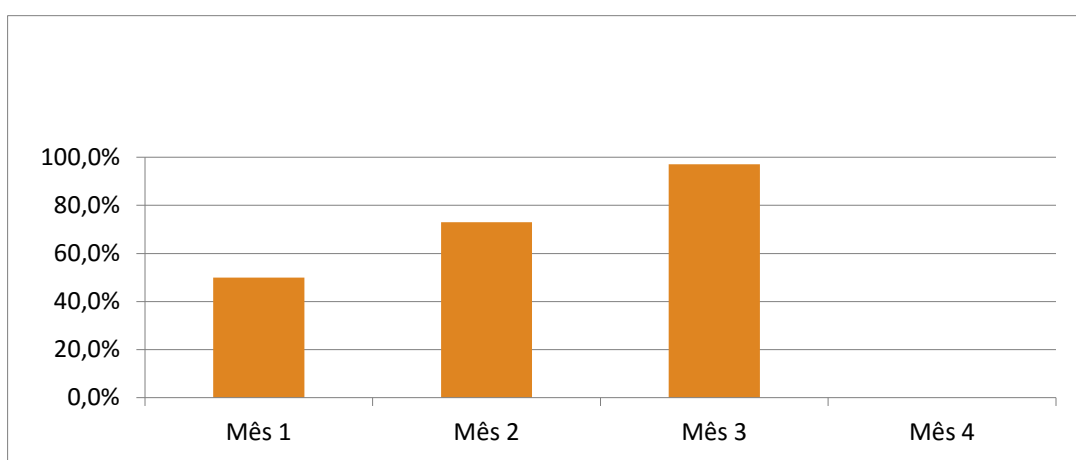
Meta 4.1: Manter o registro específico de 100% das pessoas idosas.



**Figura 17 - Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia. Canta, RR,2015.**

O quarto objetivo proposto era melhorar o registro das informações na UBS. O indicador é a proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia. A meta esperada era de manter o registro específico de 100% das pessoas idosas. No primeiro mês, a proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia foi de 97,7%. Já no segundo e terceiro mês o indicador alcançou o 100%. Desta forma, a proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia evoluiu positivamente e acabou atingindo 100% dos idosos cadastrados, conforme o planejado.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para 100% dos idosos cadastrados.



**Figura 18 - Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Canta, RR,2015.**

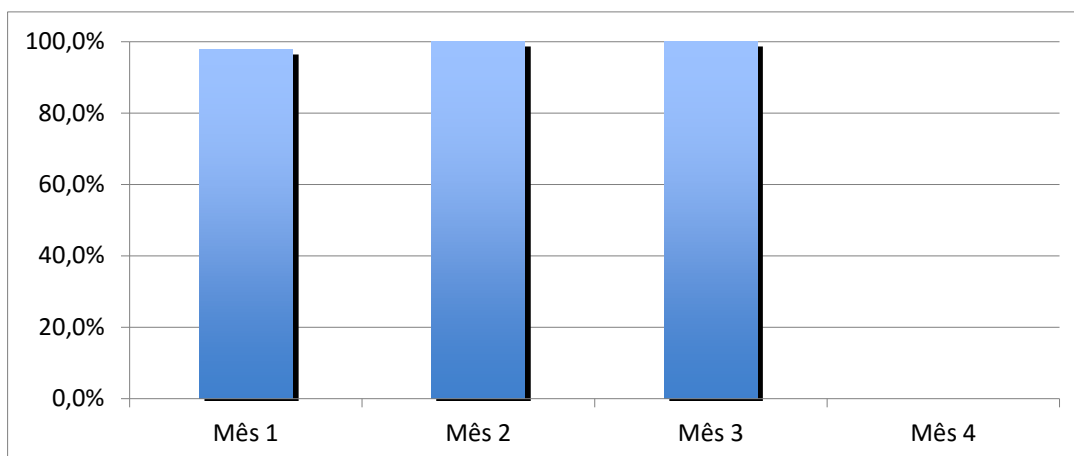
Para melhorar o registro das informações no serviço também foi avaliada a proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na área de abrangência. A meta era distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para 100% dos idosos cadastrados. Antes da intervenção, apenas 48 (36%) dos usuários acompanhados tinham Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI). Ainda assim, durante a intervenção encontramos que muitas cadernetas deterioradas e outros usuários haviam perdido a mesma. Planejamos entregar 7 Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) semanalmente para atingirmos a meta de 100%, mas no primeiro mês apenas 50% dos idosos receberam a Caderneta. Isso ocorreu porque a secretaria de saúde disponibilizou 25 CSPI e foram entregues 22 delas. Dessa forma não foi cumprido o indicador no primeiro mês. Já no segundo mês foram disponibilizadas 40 CSPI pela Secretaria de Saúde Municipal e 10 CSPI de outras equipes de saúde, com isso chegamos a 72,9% de cadernetas entregues aos usuários. Ainda assim não atingimos a meta de 100% que era esperada. Nas últimas semanas foram disponibilizadas pela coordenadora de atenção básica 40 CSPI e conseguimos que 133 (97,1%) usuários cadastrados tivessem a sua CSPI.

Mesmo que não tenhamos atingido 100% dos usuários cadastrados, o indicador evoluiu satisfatoriamente no período avaliado e alcançou resultados positivos. Com certeza esses usuários que ainda não possuem a CSPI receberão a mesma nos próximos dias.

O que facilitou a entrega das CSPI foi a realização de visitas domiciliares de toda a equipe apenas para realizar a entrega. Em muitos momentos, a equipe de saúde saiu para realizar a busca de faltosos, entrega de CSPI e avaliações de usuários nos domicílios, isso foi um sucesso, especialmente na micro-área da Tatatajuba 1. As atividades de visita domiciliar foram muito bem aceitas pela comunidade idosa.

Relativas ao objetivo 5– Mapear os idosos de risco na área de abrangência da UBS.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas com risco de morbimortalidade.



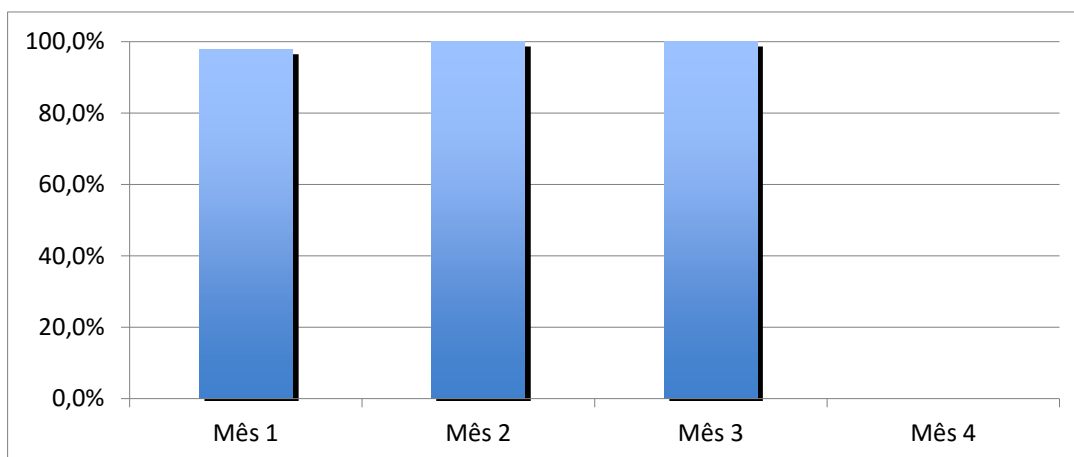
**Figura 19 - Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. Canta, RR, 2015.**

O objetivo 5 era mapear os idosos de risco na área de abrangência da UBS, um dos indicadores é a proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. A meta era rastrear 100% das pessoas idosas com risco de morbimortalidade. No primeiro mês 97,7% dos usuários avaliados tiveram avaliação de morbimortalidade. Isso ocorreu porque um usuário faltoso não foi avaliado na data agendada. No segundo e terceiro mês o risco de morbimortalidade foi rastreado em 100% dos idosos, com uma evolução positiva do indicador e cumprindo as metas esperadas.

Durante a realização destas atividades encontramos muitos fatores de risco de acidentes na moradia, principalmente quedas. Um dos casos que mais preocupou a equipe foi encontrar 2 usuários 1 acamado e o outro com problemas no deslocamento sozinhos na casa. Ainda que os familiares falaram que foi temporário e que precisam realizar suas atividades fora da moradia, isso se constituiu com uma preocupação para a equipe. Um dos usuários é portador de diabetes e os níveis de glicose estavam relativamente baixos e só tinha tomado café perto das 11:00 horas. Também nessa casa encontramos barreiras arquitetônicas que viabilizaram a queda de um dos idosos. A equipe falou com os familiares sobre os cuidados necessários com os usuários, ofereceu as orientações e pediu o acompanhamento destes. Neste último período temos notado uma grande diferença ao visitar estes usuários, pois, a diabetes está compensada, todos os exames complementares foram realizados, e sempre que temos visitado eles estão acompanhados por um familiar.

Ainda assim as barreiras estão presentes, mas sempre são abordadas as orientações referidas às quedas.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.



**Figura 20 - Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia. Canta, RR, 2015.**

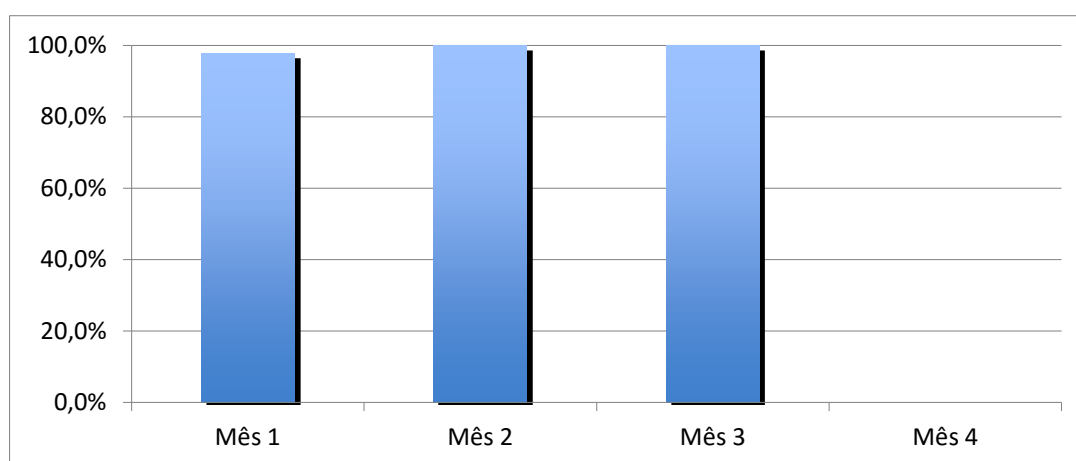
Para mapear os idosos de risco na área de abrangência da UBS, utilizamos como indicador a proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia. A meta era investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas. No primeiro mês este indicador alcançou 97,7% e segundo e terceiro mês alcançou a meta esperada, 100%. Assim o indicador evoluiu positivamente e atingiu os resultados esperados.

Na avaliação para fragilização na velhice, 11 usuários foram classificados frágeis, 4 acamados ou com problemas no deslocamento, 1 portadora de aterosclerose, 1 com desnutrição, 2 por perda de peso e diminuição da força física, e 3 por presença de comorbidades. Em um usuário morador da Tatajuba 1, que é acompanhado na UBS São Raimundo portador de DPOC, de HAS e DM foi diagnosticada uma hérnia inguino-escrotal. Encontramos neste usuário uma perda de peso de 4 quilos em 1 mês, perda da força muscular e cansaço ao realizar as atividades que estava acostumado a fazer. Foi avaliado e a vigilância para tuberculose foi realizada, mas a doença não foi diagnosticada. No interrogatório minucioso descobrimos que estava duplicando as dosagens dos medicamentos para HAS e DM para conseguir cifras que ele considerava adequadas para facilitar a

realização da cirurgia de hérnia apresentada. Foram oferecidas as orientações e o usuário tem recuperado a sua força, embora não tenha recuperado muito peso. Também foi encaminhado para um pneumologista pelos frequentes problemas respiratórios sofridos.

Outro exemplo é uma usuária idosa desnutrida devido a dieta a base de farinha e às vezes peixe. Esta usuária é portadora de aterosclerose e não cooperava na ingestão de outros alimentos. É interessante mencionar que esta usuária é indígena. Atualmente está sendo avaliada mensalmente na moradia, estamos insistindo numa alimentação mais variada embora não tenhamos conseguido muitas mudanças, os suplementos vitamínicos estão sendo de grande ajuda, pois se desloca com mais facilidade.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.



**Figura 21 - Proporção de idosos com avaliação da rede social em dia. Canta, RR, 2015.**

No caso do indicador, proporção de idosos com avaliação de rede social em dia o esperado era avaliar a rede social de 100% dos idosos. Isso aconteceu no segundo e terceiro mês quando atingimos 100% dos idosos cadastrados. No primeiro mês, alcançamos 97,7% da meta planejada.

Das redes sociais avaliadas em dia encontramos que na rede de contatos sociais dos familiares foram os que constituíram a principal visita, com uma frequência semanal na maioria dos casos dos usuários que não moravam com os filhos (a maioria mora com os filhos). Outros familiares que visitaram os usuários com menor frequência foram netos e outros parentes, como irmãos. Seguindo disso, foi mencionada as visitas dos ACS e dos membros da equipe de saúde. Também

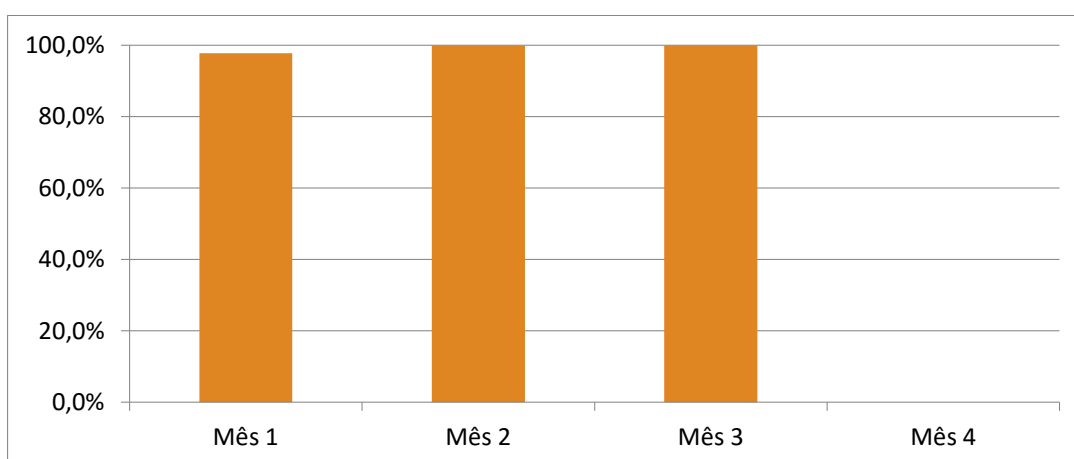


amigos e integrantes da comunidade visitaram a maioria dos usuários, na Vila Central foi onde mais encontramos usuários visitados por líderes da comunidade, neste caso, a administradora da vila. O serviço social realizou visitas em alguns casos.

Um caso interessante, foi de uma usuária que mora na Vila Central e que não estava recebendo as visitas frequentes da família, por isso a equipe se deslocou até a sua moradia e, apenas na segunda visita, encontramos o filho. Foi falado sobre a necessidade de oferecer atendimento a sua mãe, idosa e que mora sozinha, mas e ela passou a ser visitada com maior frequência. A ACS visita frequentemente a idosa. Em outro caso similar ao anterior, foi de uma idosa com arteriosclerose que encontramos morando com um filho alcoólatra. A equipe de saúde conseguiu que a usuária ficasse com uma filha na Vila e está em melhores condições, pois se observa com bom estado animo. A família está apresentando problemas com o filho mencionado, pois em algumas ocasiões parte da aposentadoria da usuária era consumida pelo filho, por isso a equipe envolveu líderes da comunidade. Atualmente a usuária recebe sua aposentadoria para as suas necessidades e fica baixo o cuidado da filha em boas condições.

Relativas ao objetivo 6– Promover a saúde do idosos.

Meta 6.1: Realizar orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para 100% das pessoas idosas.

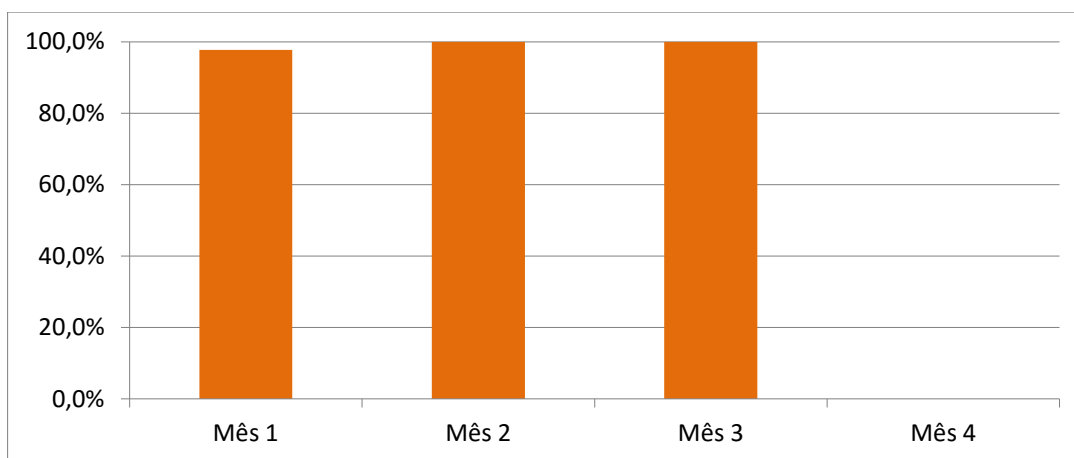


**Figura 22 - Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis. Canta, RR,2015.**

O objetivo 6 era promover a saúde do idosos. Um dos indicadores utilizados foi a proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. A meta era realizar orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para 100% das pessoas idosas. No primeiro mês atingimos 97,7% (por causa de um usuário faltoso que não recebeu as orientações no mês), já no segundo e no terceiro mês atingimos 100% dos idosos cadastrados. Assim, no final dos três meses de intervenção o indicador proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis cumpriu a meta esperada evoluindo positivamente.

Atividades de qualificação da prática clínica oferecidas para a equipe de saúde facilitaram a qualidade de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e outras orientações em geral aos idosos.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física para 100% idosos.

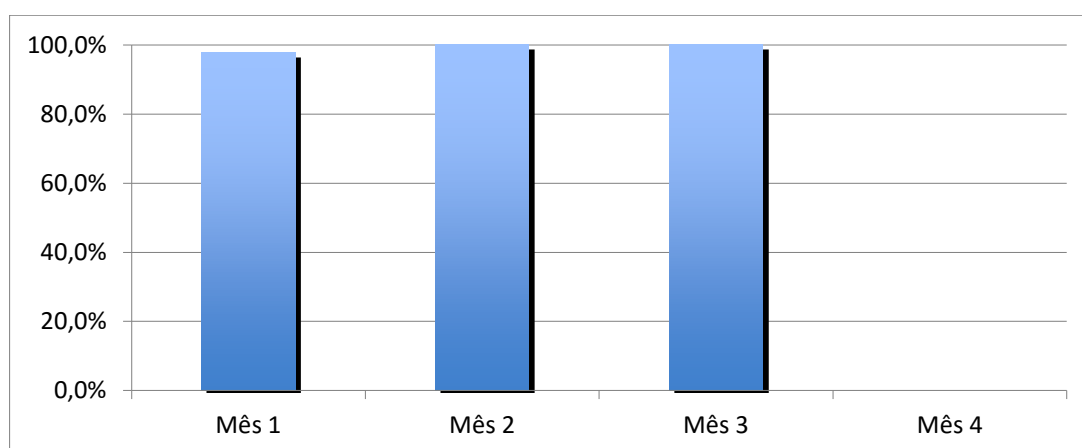


**Figura 23 - Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. Canta, RR, 2015.**

Para promover a saúde do idoso também utilizamos o indicador proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física. A meta foi garantir orientação para a prática regular de atividade física para 100% idosos. Essa meta não foi atingida apenas no primeiro mês com 97,7%, sim no segundo e terceiro. O indicador evoluiu satisfatoriamente alcançando o 100% dos usuários acompanhados.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal para 100% dos idosos cadastrados.

Para promover a saúde do idoso não podíamos desconsiderar a proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal. A meta era garantir orientações sobre higiene bucal para 100% dos idosos cadastrados. Estas orientações foram oferecidas por membros da equipe de saúde, que no nosso caso não conta com odontólogo. No primeiro mês 97,7% dos idosos cadastrados e no segundo e terceiro mês o indicador proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal alcançou 100% de acordo segundo o esperado, evoluindo satisfatoriamente.



**Figura 24 - Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia. Canta, RR, 2015.**

As visitas domiciliares realizadas a mais do 50% dos idosos acompanhados foram de grande ajuda não só no mapeamento dos idosos de risco, como também no oferecimento de orientações.

## 4.2 Discussão

O Programa de melhoria da atenção à pessoa idoso na UBS Vila Central propiciou a ampliação (não muito significativa) da cobertura da atenção. O mais significativo nesse aumento de cobertura, foi a inclusão de 7 usuários novos que não

estavam sendo acompanhados na UBS antes da implementação do projeto de intervenção, pois procuramos começar nas micro-áreas mais distantes. No que tange a qualidade na atenção ao idoso, podemos destacar que a Avaliação Multidimensional Rápida foi realizada com maior qualidade e de acordo com o protocolo adotado na UBS. Todos os idosos portadores de HAS e DM tiveram solicitação de exames complementares periódicos em dia. Um destaque importante na intervenção foi a realização do hemoglicoteste, que facilitou o diagnóstico e o acompanhamento de usuários portadores de HAS e DM. Além disso, com o uso de medicamentos da Farmácia Popular conseguimos melhorar um pouco a adesão dos idosos ao tratamento. A criação do registro do idoso está sendo de muita importância para o agendamento dos atendimentos clínicos periódicos na UBS. Registros como a ficha-espelho constituem atualmente uma ferramenta fundamental nas atividades de monitoramento e avaliação. O sistema de alerta adotado tem facilitado a detecção de usuários faltosos às atividades programadas pela equipe de saúde da família.

As Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa foram disponibilizadas para o 97,1% dos idosos, o que está sendo de grande ajuda na comunicação da equipe de saúde com os usuários e tem oferecido ajuda na detecção de dependências e no diagnóstico de doenças como a Hiperplasia Benigna Prostática ou incontinências dos esfíncteres.

O mapeamento dos idosos com morbimortalidade e fragilização na velhice tem sido de grande ajuda no agendamento das frequências de atendimentos clínicos e visitas domiciliares.

As atividades de qualificação da prática clínica ampliaram as ações, pois o acolhimento, a triagem e o rastreamento de doenças crônico-degenerativas que no início da intervenção eram realizadas pelo enfermeiro e pela médica agora são desenvolvidos por outros integrantes da equipe.

Para a equipe de saúde, mesmo que a meta de cobertura não tenha sido alcançada, o projeto trouxe resultados muito significativos. Dentre eles, destacamos a disponibilidade da equipe para o desenvolvimento do trabalho multidisciplinar. A intervenção exigiu que os profissionais da equipe se capacitassem para seguir as recomendações do protocolo adotado na UBS e isso foi muito positivo para o desenvolvimento das ações planejadas. Como citado anteriormente, muitas atividades que eram praticamente exclusivas do enfermeiro e da médica chegaram a

ser realizadas com muita qualidade pelos demais integrantes da equipe. Dentre estas atividades está a identificação e o acompanhamento de usuários frágeis. Atualmente, toda a equipe conhece os hábitos de vida, valores culturais e religiosos das pessoas idosas e de suas famílias. Interessante, por exemplo, foi o preenchimento e a atualização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (tarefa inicialmente exclusiva do médico e o enfermeiro), que passou a ser preenchida, atualizada e entregue pelos ACS conforme seu Manual de preenchimento, discutidos nas práticas de qualificação na prática clínica.

No caso dos ACS especificamente, as atribuições desenvolvidas durante a intervenção foram: identificação do idoso frágil e o consequente encaminhamento à UBS ou solicitação de visita domiciliar; o cadastro de todos os usuários na micro-área correspondente a cada ACS; o contato permanente com os familiares e os idosos acompanhados, e; a avaliação das condições de risco de quedas observadas nos domicílios.

Dentre as atribuições para a médica destacamos: realização da consulta com avaliação multidimensional rápida; solicitação de exames complementares; prescrição do tratamento medicamentoso sempre que necessário; encaminhamento para centros de referência quando for necessário, e; realização das visitas domiciliares.

Dentre as atribuições do enfermeiro destaca-se realização de visitas domiciliares e consultas de enfermagem com avaliação multidimensional rápida; solicitação de exames complementares e prescrição de medicação sempre que necessário; realização de procedimentos durante a triagem, como por exemplo, medida de peso e altura; realização de atividades nas visitas domiciliares, como por exemplo, orientação sobre a correta utilização dos medicamentos.

Todas as orientações estão sendo oferecidas por todos os membros da equipe e não apenas pela médica e pela enfermeira como acontecia no início da intervenção.

Outro grande benefício foram as reuniões desenvolvidas pela equipe, que estimularam o intercâmbio de ideias e experiências e permitiram que os membros se tornassem uma equipe mais unida.

Para o serviço, a intervenção trouxe muitos benefícios. Primeiro na organização do serviço, como discutido anteriormente. O controle do estoque de medicamentos, por exemplo, tem resultado na melhor organização dos

medicamentos e conhecimentos das necessidades dos usuários da área de abrangência. Os arquivos criados durante a intervenção, como o arquivo dos idosos e o registro dos idosos acamados ou com problemas no deslocamento, constituem uma ferramenta que facilita o trabalho.

A detecção das condições de risco para quedas também tem sido importante na prevenção destes acidentes na moradia dos idosos e na comunidade, tendo em vista que as quedas constituem a causa frequente de incapacidade física e dificuldades no deslocamento e, por tanto, reduzem significativamente a qualidade e a esperança de vida.

Para a comunidade acredito que a maior vantagem, foi para os idosos ao se sentirem priorizados na UBS. Nesse sentido, eles se mostram mais dispostos para ir até a unidade de saúde, mais comunicativos com os membros da equipe e com maior confiança para solicitar visitas domiciliares. Por exemplo, tenho notado que durante a realização da intervenção, principalmente nas últimas semanas, os usuários que foram avaliados na UBS ou visitados nas suas residências solicitaram atendimento clínico através de outros usuários idosos ou vizinhos. Devo dizer que isso me conforta, pois entendo que a confiança na equipe de saúde é maior e somos considerados parte importante da comunidade.

Muitas vezes essas avaliações são realizadas com mais frequência para usuários que moram sozinhos ou ficam sozinho durante parte do dia. Os familiares dos usuários estão satisfeitos ao receberem visitas de parte da equipe, receberem orientações e verem que a avaliação clínica dos usuários está sendo realizada. Ainda falta muito para a comunidade perceber o impacto da intervenção e a sua importância para a área de abrangência da UBS, mas esse Programa não tem passado despercebido e vem ganhando espaço entre os idosos na UBS.

Se a intervenção fosse iniciada neste momento e eu contasse com a experiência que adquiri nestas 12 semanas, procuraria maior engajamento da comunidade antes de iniciar o trabalho. Esta tarefa demanda tempo, não acontece de um dia para outro, mas sim com um trabalho mantido, por isso a equipe segue se esforçando. Também organizaria melhor a agenda de consultas com um ACS por semana sempre que possível e pediria para que o ACS ficasse na UBS nesse dia. Isso foi de grande ajuda desde que começou a ser priorizado pela equipe, pois se o usuário não chegasse cedo à UBS era realizada a busca ativa pelo ACS e por outro

integrante da equipe de saúde ainda pela manhã. Assim, seria mais difícil que o usuário ficasse faltoso de uma semana para outra.

Também gostaria de ter desenvolvido atividades que não foram possíveis por problemas de transporte e que com certeza resultariam na cobertura esperada. Se não tivéssemos enfrentado diversos problemas com transporte, poderíamos ter desenvolvido várias atividades com os líderes e os mesmo poderiam ter nos auxiliado ainda mais ao longo da intervenção. Se iniciasse a intervenção agora, insistiria em ter a presença dos líderes da comunidade na ação inicial que deu início à intervenção. Neste caso, quem participou da ação foi a administradora da Vila Central, mas gostaria que o representante das igrejas também estivesse presente.

É muito viável e necessário incorporar à intervenção a rotina no serviço. Com a organização da agenda, os atendimentos clínicos aos usuários podem acontecer semanalmente sem afetar o serviço. Ainda falta atingir a cobertura de 100% de idosos cadastrados no Programa de Melhoria da Atenção ao idoso. As atividades para ter o sucesso esperado precisam de continuidade. A intervenção em saúde precisa de tempo, pois está diretamente relacionada à mudança nos estilos de vida, nos hábitos e práticas inadequadas que muitas vezes estão arraigadas nos costumes e nas crenças dos usuários. Para a equipe de saúde, sempre digo que é necessário sermos líderes na comunidade para ser escutados, ganhar um espaço que é fundamental para melhorar a qualidade de vida dos usuários. As atividades planejadas mensalmente nas micro-áreas descobertas podem e devem ser realizadas, para cadastrar aqueles usuários que ainda não foram acompanhados e para conhecer qualquer mudança na saúde dos usuários acompanhados.

Destaco a importância das visitas domiciliares que pretendemos realizar a 100% dos idosos e que consideramos indispensáveis na detecção de fatores de riscos de acidente na moradia, fundamentalmente quedas (problema frequente neste grupo etário e na comunidade da área de abrangência da UBS Santa Rita). Também pretendemos estender aos usuários das vicinais as atividades de promoção em saúde como as atividades com o grupo de idosos, isso é factível de será realizado na micro-áreas do Picadão e vicinal 1 e 3. Mesmo que estas atividades não possam ser realizadas mensalmente na micro-área, poderão acontecer de forma bimestral. Estas atividades não devem ser exclusivas das áreas de mais fácil acesso, pois a saúde é direito de todos.

Outros passos importantes para melhorar a atenção à saúde do serviço são: manter periodicidade na realização das atividades de qualificação na prática clínica, o que tem sido de muita ajuda (e ainda falta muito para conseguir a qualidade do serviço esperada); manter a atualização mensal dos registros de idosos com os dados requeridos como doenças crônico-degenerativas associadas; manter a utilização das fichas-espelho como ferramenta de controle nas reuniões de monitoramento e avaliação. O sistema organizativo das fichas-espelho funciona como um sistema de alerta diante dos usuários que não assistiram a sua reavaliação, ela também facilita a organização e o controle nos indicadores de qualidade do serviço.

Outro passo que considero fundamental é a entrega de um ofício por escrito para os gestores de saúde com a solicitação de apoio no transporte para as atividades que deverão ser realizadas mensalmente nas micro-áreas de difícil acesso (3 atividades mensais).

Apesar dos exames complementares terem sido solicitados para 100% dos usuários, segundo o protocolo do Ministério da Saúde adotado na UBS, nem todos realizaram os exames complementares em tempo. Para isso, foi agendado um dia na semana para que a bioquímica do município priorize estes usuários da área de abrangência. Agora, na nova negociação com a nova bioquímica que está na UBS polo do município, os usuários priorizados das micro-áreas do interior deverão ser atendidos no mesmo dia sem necessidade de agendamento prévio. Isso será de muita ajuda, pois os usuários segundo suas possibilidades de transporte, poderão realizar os exames complementares (acontecia frequentemente que os usuários agendados previamente nem sempre podiam realizar os exames no dia agendado e perdiam o atendimento, com necessidade de ser agendados novamente e perda de essa vaga para outro usuário que a precisava).

Na realização da primeira consulta odontológica aos usuários também apresentaram muitas dificuldades para ir até a UBS sede do município para realizar a consulta. Mesmo com livro odontológico organizado e a apoio do odontólogo do município, o problema não foi resolvido. Muitas vezes agendávamos a consulta e os usuários não conseguiam ir. Neste caso, acreditamos que o melhor seria oferecer o serviço uma vez na semana ou até quinzenalmente na UBS polo da área de abrangência da Vila Central. Este sonho agora pode se tornar realidade, pois em breve será entregue a nova estrutura UBS da Vila Central que possui uma sala



específica para a atenção odontológica. Assim, entregaremos um ofício para os gestores de saúde solicitando que esse serviço seja oferecido na UBS Vila Central com frequência quinzenal.

Tomando este projeto como exemplo, pretendemos implementar o programa de pré-natal e puerpério na UBS e de prevenção de câncer de colo de útero e mama.

#### **4.3 Relatório da intervenção para gestores**

Prezado gestor,

Entre os meses de janeiro e fevereiro, foi dado início a reorganização do programa de saúde da pessoa idosa: Programa de Melhoria da atenção à pessoa idosa na UBS Vila Central. O objetivo principal era melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa. Essa intervenção é parte do curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelota em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UFPel/UNA-SUS).

Antes de iniciar a intervenção realizamos uma Análise Situacional do Serviço e constatamos baixa cobertura da atenção aos idosos na UBS Vila Central, a baixa qualidade das ações e aumento significativo da população idosa no mundo e no Brasil, consideramos essencial o desenvolvimento do Programa.

Antes de iniciarmos a intervenção em saúde, havíamos cadastrado 132 (72%) dos idosos da área de abrangência da UBS. Destes, 48 possuíam Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, mas não recebiam atendimento prioritário por pertencer a esse grupo etário.

Nossa meta inicial foi melhorar a cobertura na atenção a estes usuários e implementar o programa de saúde do idoso na UBS. É interessante destacar que de acordo a estimativa oferecida pela UFPel, nossa área possui 184 idosos, o que resulta em 52 idosos que não estavam sendo acompanhados pela equipe de saúde. Assim, a meta estipulada pela equipe era atingir 85% de cobertura em 16 semanas,

esperando atingir 100% nas 4 semanas seguintes, o que resultaria em 184 idosos da área de abrangência da Vila Central sendo acompanhados pela equipe de saúde conforme é estabelecido pelo Ministério da Saúde. Na intervenção foram acompanhados 137 usuários.

O acompanhamento inclui indicadores de qualidade no serviço, por exemplo, o exame clínico apropriado, a avaliação multidimensional rápida dos usuários, proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada, proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, proporção de idosos com registro da ficha-espelho em dia, proporção de idosos com avaliação de risco de morbimortalidade em dia, proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia, proporção de idosos com a rede social em dia, proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos de vida saudáveis, e proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular, proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

Outros indicadores de qualidade de grande importância para a população alvo, foram os idosos com solicitação dos exames complementares periódicos em dia e idosos hipertensos rastreados para diabetes, 62 usuários da área de abrangência foram beneficiados neste caso.

No que tange aos idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, antes de iniciarmos a intervenção apenas 48 usuários possuíam a caderneta, atualmente 133 idosos da área de abrangência da Vila Central possuem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. A meta atingiu 97% dos idosos cadastrados devido à falta destas cadernetas na etapa inicial.

Dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, podemos destacar que 100% receberam visita domiciliar. Além disso, todos os usuários faltosos às consultas receberam busca ativa e foram incluídos no programa de saúde à pessoa idosa.

Assim melhoramos consideravelmente a qualidade do serviço oferecendo um atendimento integral, de qualidade e resolutivo além de atividades de promoção e prevenção em saúde. Levamos essas atividades à lugares que nunca receberam estes serviços. O atendimento aos idosos é outro, pois passamos a valorizar nossos idosos oferecendo uma atenção humanizada.

O atendimento clínico foi vinculado a atividades coletivas como as atividades com o grupo de idosos e ações para divulgar o início do programa na UBS. A participação nas atividades coletivas foi ótima, onde estiveram usuários de outros grupos etários interessados na escuta e aprendizagem. Isso é um tema que nos motiva, a comunidade quer conhecimento e nós queremos oferecê-lo. Pelo apoio no transporte, uma destas atividades de grupo aconteceu na Tatajuba 1, sendo um sucesso para a comunidade, este serviço que ofereceu na primeira vez uma assistência superior a 40 usuários. Graças ao apoio dos senhores gestores com a disponibilidade dos esfigmomanômetros, realizou-se o rastreamento dos usuários e foram diagnosticados 27 usuários portadores de HAS, além dos (35) já conhecidos. Isso também é produto das atividades de qualificação na prática clínica oferecida aos integrantes da equipe de saúde e que segue sendo realizada mensalmente. Estas atividades estão sendo realizadas para elevar o conhecimento dos integrantes da equipe e oferecer um serviço de maior qualidade à população.

Com a realização do hemoglicoteste disponibilizado também foram diagnosticados novos usuários portadores de DM. Cada apoio dos senhores gestores, teve sem dúvidas uma repercussão positiva e notória na comunidade. As atividades de divulgação do projeto com apoio no transporte e oferecimento de serviço de vacinação também foi muito bem aceita e a assistência foi elevada. Durante a intervenção cadastramos usuários que tiveram acidente na moradia, que sofreram quedas com a consequente dificuldade no deslocamento, que moravam em micro áreas não cobertas por ACS e que não eram visitados na moradia nem seguidos na UBS. Isso nos faz pensar na importância de realizar muitas outras ações programáticas para a comunidade, ou seja, que melhor presente que um pouco de atenção médica para quem tanto precisa. Além disso, com a disponibilidade das CSPI pela secretaria de saúde, atualmente 133 usuários à possuem.

Certamente apresentamos dificuldades no transporte neste período, produto de problemas não dependentes muitas vezes dos senhores gestores (problemas graves de saúde dos gestores e familiares). Por isso foram solicitamos os exames complementares segundo protocolo a todos os usuários, embora nem todos tenham sido realizados pelas dificuldades no deslocamento da maioria, a equipe e a comunidade tem a proposta de que pessoal do laboratório da UBS polo municipal realize extrações do sangue na UBS. Algumas ações não foram realizadas segundo

planejamento pelos problemas de transporte já mencionados, mas serão realizados em breve com certeza.

Encontramos dificuldades para que os usuários recebessem atenção odontológica, já que é preciso o deslocamento para a UBS polo no município para receber este serviço. Como a primeira consulta odontológica programática deve ser realizada em 100% dos usuários, o indicador ficou baixo. Essa foi uma falha que entristeceu à equipe de saúde. Sendo que a nova UBS já está pronta temos a solicitação de oferecer o serviço odontológico uma vez por semana ou cada 2 semanas na UBS Vila Central. Assim estamos solicitando o apoio dos senhores gestores, pois só assim com a sua ajuda, poderemos melhorar a atenção odontológica na área de abrangência, que constitui uma grande necessidade. Com tudo o que temos alcançado, e ainda com o apoio dos senhores gestores, podemos conseguir muito mais, para que se possa qualificar o trabalho em saúde, tomar este ponto de partida, como por exemplo, implementar outras estratégias que a comunidade precisa e solicitou como melhoria na atenção ao pré-natal e puerpério, saúde da criança, prevenção do câncer de colo de útero e mama, e melhoria na atenção na saúde do usuário hipertenso e diabético.

Precisamos dos senhores gestores de saúde e gestores municipais, para seguir adiante com o sonho coletivo, da equipe de saúde e de todos, para que a saúde siga chegando a todos e a cada um onde se encontre, sem importar o quão distante ou difícil que seja o acesso. Agradecemos o apoio que tem sido indispensável na realização desta tarefa e pedimos que sigam do nosso lado para conseguirmos muito mais, para que se possa expandir o serviço de saúde, oferecer um atendimento integral e melhorar a vida do povo cantaense.

#### **4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade**

A comunidade tem um papel fundamental na tomada de decisões e estratégias de saúde que são adotadas nas UBS. A equipe de saúde trabalha para conhecer a situação da população na área de abrangência da UBS, e a partir destas informações, adotar estratégias para oferecer o melhor serviço. Para aperfeiçoar o

atendimento de forma que este seja oferecido a 100% dos usuários, e que a qualidade seja a melhor, a equipe de saúde realizou a intervenção em saúde da pessoa idosa para priorizar os usuários idosos na UBS, já que nossa comunidade possui muitos idosos acamados ou com problemas para se deslocar, com enfermidades associadas, entre outros problemas de saúde. Com esta intervenção a comunidade notou que os idosos tiveram prioridade da mesma forma que as grávidas e crianças na espera das consultas. Isso faz parte do programa implementado, onde devemos levar em conta que as pessoas com 60 anos ou mais, são parte importante da comunidade, são nossos pais, avós, tios e todos queremos o melhor atendimento para eles.

O objetivo do trabalho foi aprimorar a atenção à saúde do idoso na comunidade, um grupo de usuários que precisava ser escutado e priorizado. Assim como buscar que o programa alcance a maior quantidade de idosos possível, inicialmente a 85% e depois a todos. Também buscamos melhorar a qualidade no atendimento oferecido na UBS, já que nossa área deve ter 184 idosos e só 132 estavam sendo avaliados na UBS. Para realizar a intervenção foram agendados 10 usuários de 60 anos ou mais na semana e realizadas 3 visitas domiciliares semanais sempre que foi preciso. Desta forma como a comunidade notou não foram afetados outros serviços e seguimos realizando o atendimento.

Durante a realização do trabalho realizou-se atendimento clínico a todos os idosos que entraram no programa, foi realizado exames clínicos e visitas na moradia a todos os que precisavam. Como resultado do trabalho da equipe de saúde neste programa, foram diagnosticados usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus que não tinham conhecimento de possuir estas doenças mas agora estão sendo controlados na UBS. Também foram entregues as CSPI, onde atualmente 133 usuários a possuem de 48 que a tinham antes de realizado a trabalho.

Muitas ações que foram realizadas facilitaram estes resultados e com certeza através de sua continuidade teremos resultados melhores, como por exemplo, a ação realizada para divulgar o projeto na UBS onde participaram muitos usuários de todas as idades. Também foram realizadas atividades na Vicinal 3, Confiança 2 e na Tatauba 1. Além disso, a comunidade recebeu atividades de grupo aos usuários idosos, na qual foram desfrutadas e bem aceitas por todos, até com assistência de

usuários de outras idades. Isso nos faz pensar na necessidade e vontade da comunidade de receber o serviço e os conhecimentos para uma vida mais saudável.

As ações realizadas foram resultado da ajuda dos gestores de saúde do município, da equipe de saúde e da comunidade. Também apresentamos neste tempo muitos problemas com o transporte, não realizando tudo aquilo que gostaríamos. A comunidade nos apoiou de modo a emprestar locais confortáveis para a realização das atividades, mostrando aqueles usuários com situação de risco e maior necessidade de atenção médica e visita domiciliar. Apesar de não ter costume de ser realizado, é interessante que integrantes eleitos pela comunidade participem de reuniões que serão realizadas mensalmente para discutir temas de saúde com a equipe. Desta forma poderão ter conhecimento do que está acontecendo, dar-nos ideias, apoiar nas decisões que acharem corretas, pois a voz de vocês deve ser e será escutada. Toda participação é importante, inclusive a opinião que usuários deixam na caixa de sugestões, que podem nos dar novas ideias na organização e qualidade no atendimento. A equipe não quer que atividades como as que estão sendo feitas deixem de ser realizadas, queremos que a comunidade receba o que merece, que as pessoas se comuniquem com a equipe de saúde e nos peçam, solicitem e exijam aquilo que é o seu direito, o direito do povo a uma saúde de qualidade. É por isso que o programa de saúde do idoso, assim como todas as atividades que já foram realizadas, tornaram-se parte do trabalho diário na UBS, onde sempre os idosos serão escutados e valorizados. Com o apoio da comunidade podemos conseguir muito mais, não só seguir com o programa do idoso, assim como melhorar o atendimento à gestantes e crianças, na saúde do homem, na prevenção do câncer de mama e de colo de útero na mulher. Cada ação em saúde realizada, é a comunidade que ganha, ganha mais qualidade no serviço, mais conhecimento para aprender a viver melhor e dar mais saúde para seus filhos.

Vocês são parte indispensável do nosso trabalho, é por vocês que estamos neste esforço, e por isso precisamos que estejam no nosso lado opinando e encontrando melhores caminhos para melhorar a saúde da Vila Central.

## **5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Com relação ao curso de Especialização em Saúde da Família, desde o início teve grandes expectativas que considero cumpridas. Foi sem dúvidas, uma oportunidade para a construção do conhecimento sobre a estratégia de saúde da família, a partir da UBS. O curso constitui-o um instrumento para a capacitação dos profissionais da Atenção Básica, sem que seja preciso nos desvincular do trabalho na comunidade. Diferente disso o trabalho na comunidade foi fundamental no desempenho do curso. Assim aumentou a capacitação da médica, e consequentemente com as atividades de capacitação da prática clínica desenvolvidas durante a intervenção, também elevou o conhecimento de todos os membros da equipe. Além disso, aumentou o interesse dos membros da equipe de saúde de se superar, de adquirir novos conhecimento da estratégia de saúde da família e dos programas que devem ser implementados.

O curso constitui-o uma especialização em saúde da família a partir do contato com o cotidiano. Isso foi muito interessante, pois o orientador e a universidade visualizaram nosso trabalho na UBS, conheceram os principais problemas de saúde, as atividades que foram desenvolvidas para realizar a intervenção e os resultados. Também o curso tem sido muito importante ajudando a estabelecer estratégias adequadas à nossa realidade, o que tem melhorado os indicadores de saúde. O que começou sendo um planejamento na busca de alternativas terminou em estratégias específicas.

A equipe atuou em pontos estratégicos da atenção básica de saúde, desenvolvendo a saúde na família e ajudando na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). As quatro Unidades de Estudo: Análise Situacional, Análise Estratégica, Intervenção e Avaliação da Intervenção foram indispensáveis para

alcançar os resultados. Inicialmente profundizamos os conhecimentos da nossa área de abrangência, para a escolha da intervenção em saúde de acordo as necessidades da população. Também isso facilitou a escolha de ações em saúde acordes a nossa realidade para realizar uma intervenção baseada em evidências, e não produto de decisões superficiais.

Minha expectativa, foi atingir os objetivos de cada uma das quatro unidades. Acho que foi uma oportunidade de conhecimento para toda a equipe de saúde, uma visão mais humanizada dos usuários. Pois, toda a equipe, deve ficar vinculada e engajada com o objetivo de atingir resultados positivos em saúde, na área da UBS. Na unidade 1, minha expectativa foi refletir sobre as informações sobre a UBS. Com o trabalho sistemático, a equipe fez a escolha da intervenção prioritária para minha população na área de abrangência. Esta expectativa foi cumprida.

Na unidade 2, Análise Estratégica, a expectativa foi elaborar o projeto de intervenção, do tema eleito na primeira unidade, o que foi realizado nesse período. Na unidade 3 realizamos a intervenção segundo expectativa. Na unidade 4 realizamos a Avaliação da intervenção realizada.

O mais interessante é que o curso de especialização em saúde da família nos proporcionou as ferramentas para a realização das atividades durante o tempo de estudos. Acredito de vital importância o intercâmbio com minha orientadora, pois ela foi parte indispensável para atingir as expectativas.

Mediante o Ambiente Virtual de Aprendizagem, nos diferentes fóruns e demais espaços, intercambiamos experiências com os colegas, as dificuldades na implementação das estratégias, assim como compartilhamos os resultados. Isso tem sido muito interessante pois o que constituiu para minha equipe uma dificuldade para outros não constituía causa de preocupação, assim damos um olhar crítico a nossa realidade. Isso aconteceu, por exemplo, com a transportação às UBS pelas características da nossa área de abrangência de se encontrar em zona rural.

Não devo deixar de mencionar os casos clínicos interativos e testes de qualificação cognitiva oferecidos no curso, que foram de grande ajuda nas condutas clínicas adotadas no trabalho do dia a dia e que facilitou atualização dos nossos conhecimentos.

Minha expectativa foi atingir os objetivos do curso de especialização em saúde da família, e conseguir modificar as estatísticas de saúde na minha comunidade. No que respeita aos resultados da intervenção realizada, ainda com as



dificuldades afrontadas e com indicadores que não alcançaram o esperado, me atrevo a dizer que os objetivos do curso foram cumpridos. A expectativa foi cumprida, ainda que meu desejo fosse ter alcançado melhores resultados numéricos, a equipe alcançou mais, logrou integração entre os membros, trabalho mais integral, maior engajamento com a comunidade, elevou a qualificação na prática clínica, venceu os obstáculos afrontados no caminho e está desejando profundir estes logros na realização de novas estratégias.

Para minha prática profissional o curso tem significado muito. Profundei meus conhecimentos nos protocolos de saúde no Brasil. Conheci de mais perto a realidade do povo na área de abrangência da UBS. Desenvolvi estratégias de saúde em diferentes enfoques às já realizadas em outros países. Aprendi no intercâmbio com a equipe, a comunidade, minha orientadora e outros colegas. Também os casos interativos ajudaram na minha superação profissional na atualização de condutas adotadas. Cada unidade desenvolvida ofereceu conhecimentos interessantes que serão de muita utilidade na minha profissão.

O mais relevante que aprendi foi a realização do roteiro do TCC e o roteiro na realização da intervenção em saúde, o que será de muita ajuda na implementação de novas estratégias. Algumas atividades foram fundamentais no engajamento da equipe e estas foram às atividades de qualificação na prática clínica, demonstrando que o conhecimento é parte indispensável para todos. Durante elas os integrantes da equipe de saúde entenderam a importância de um atendimento humanizado, o que esperávamos deles, e se sentiram livres de opinar e pedir ajuda. Também as reuniões da equipe com o intercâmbio frequente, o debate dos resultados das atividades de monitoramento e avaliação, a participação ativa dos membros da equipe em todas as atividades, foram muito importantes para a UBS. Todas as ações articuladas foram fundamentais para o desenvolvimento da intervenção, umas com mais relevância que outras. Por exemplo, a atividade com o grupo de usuários na vicinal foi muito gratificante e teve uma importante repercussão na equipe. Os ACS querem estender esse tipo de atividades para as suas micro-áreas, o que deverá acontecer segundo planejamento mensal sendo que a intervenção está constituindo trabalho de rotina na UBS. A qualidade e priorização no atendimento na saúde da pessoa idosa virou realidade na UBS. Foi muito significativo encontrar idosos com problemas no deslocamento que não estavam sendo visitados na moradia, detectar os fatores de risco, realizar o rastreamento da pressão arterial e o

hemoglicoteste na UBS, que resultou em usuários diagnosticados com hipertensão e diabetes, e que melhorou o controle da doença nos usuários já conhecidos. Também o mapeamento dos usuários com avaliação de morbimortalidade e fragilização na velhice, o que é de muita ajuda na priorização e atendimento dos usuários com frequência dependendo sua necessidade. O oferecimento de todas as orientações sobre como levar uma vida saudável pela equipe de saúde tem ajudado no controle de doenças crônico-degenerativas na comunidade.

Devo dizer que ainda que me engajei na realização do curso na busca de oferecer a melhor qualidade no serviço que nossa comunidade merece, não pensei que conseguiria tanto apoio dos integrantes da equipe e a escuta interessada dos gestores, não acreditei que ficasse com essa saudade ao olhar o caminho recorrido. Para mim foi um tempo inesquecível como profissional e como pessoa.

## 6 Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006). Disponível em: <http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeIdosa.pdf>. Acesso em: 25 de janeiro de 2015.

LIMA, T. V.; ARCIERI, R. M.; GARBIN, C. A. S.; MOIMAZ, S. A. S. Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. Saúde e Sociedade, v. 19, n. 4, p. 866-877, 2010.

População. Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação. Cidades- Infográficos - Roraima - Cantá. Dados Gerais. IBGE. Ano 2014.

PORTELA, Graça. Saúde do Idoso: país começa a ser reconhecido por suas políticas públicas. Disponível em: <<http://www.iciet.fiocruz.br/content/sa%C3%BAde-do-idoso-pa%C3%ADs-come%C3%A7a-ser-reconhecido-por-suas-pol%C3%ADticas-p%C3%ABlicas-0>> Acesso em: 25 de janeiro de 2015.

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>

Pro<sup>fa</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1									
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?	O idoso está acamado ou tem com problemas de locomoção?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								
	12								
	13								
	14								
	15								
	16								
	17								
	18								

## Anexo C - Ficha espelho

**FICHA ESPELHO**  
**PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO**

UFPEL

Data do ingresso no programa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS: \_\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não Nome do cuidador: \_\_\_\_\_  
 Problemas de locomoção? ( ) Sim ( ) Não É acamado(a)? ( ) Sim ( ) Não HAS? ( ) Sim ( ) Não DM? ( ) Sim ( ) Não Possui a Caderneta da pessoa idosa? ( ) Sim ( ) Não  
 Estatura: \_\_\_\_\_ cm / Perímetro Braquial: \_\_\_\_\_ cm Osteoporose? ( ) Sim ( ) Não Depressão? ( ) Sim ( ) Não Demência? ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual? \_\_\_\_\_  
 O idoso tem avaliação de risco para a saúde bucal? ( ) Sim ( ) Não Data da primeira consulta odontológica: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

[illegible][illegible]

[illegible]



## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante